

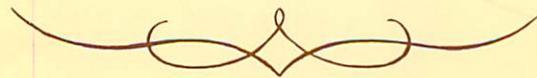


大阪臨床整形外科医会会報

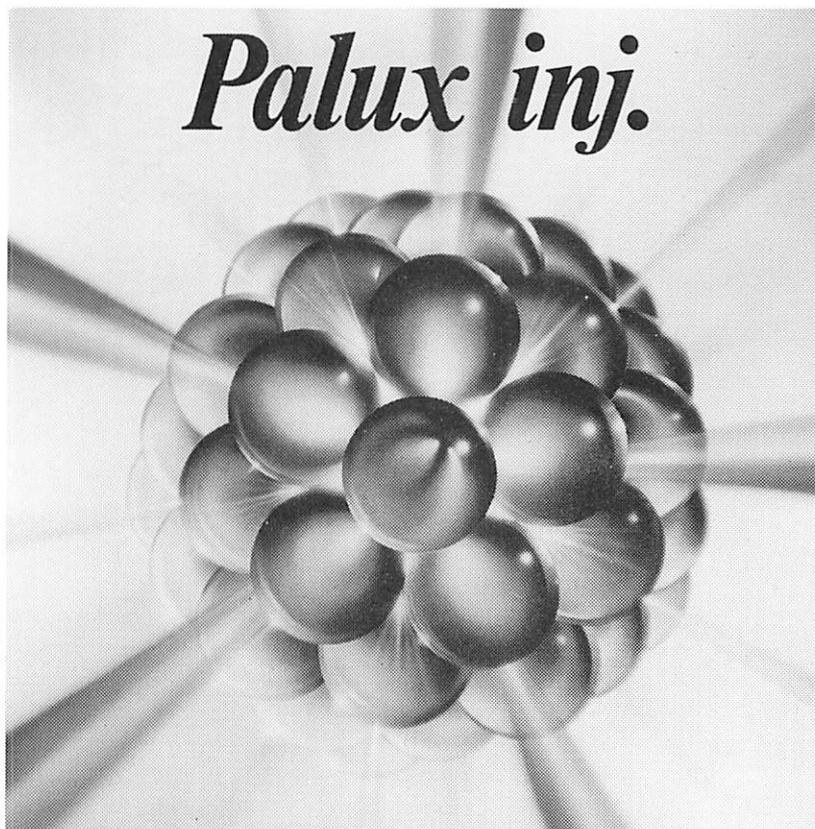
The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第21号
平成7年12月



プロスタグランジンDDS製剤
病巣血管へターゲティング



静注用プロスタグランジンE₁製剤
パルクス[®]注
薬価基準収載 (制) (指) (要指) アルプロスタジル注射液

(効能・効果)

- 慢性動脈閉塞症（バージャー病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善
- 下記疾患における皮膚潰瘍の改善
進行性全身性硬化症
全身性エリテマトーデス
- 糖尿病における皮膚潰瘍の改善
- 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復
- 動脈管依存性先天性心疾患における動脈管の開存

警告

動脈管依存性先天性心疾患（新生児）に投与する場合には、本剤投与により無呼吸発作が発現することがあるので、呼吸管理設備の整っている施設で投与すること。

禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 重篤な心不全の患者〔心不全の増強があらわれるとの報告がある。〕
- (2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔添付文書「妊婦への投与」の項参照。〕
- (3) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者。

※その他、用法・用量、使用上の注意は、添付文書等をご参照下さい。



大正製薬株式会社

資料請求先

〒171 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)3985-1111

PX72B5B

目 次

巻頭言	.....	木佐貫一成	1
OCOA総会の報告	.....		2
諸会議の報告	I 平成7年度JCOA代議員会報告	.....小杉豊治	16
	II 第8回JCOA学会	.....木佐貫一成	24
	III 日整会評議委員会	.....長田 明	25
	IV JCOA医業経営セミナー	.....小杉豊治	26
	V 第9回JCOA学会準備委員会	.....長田 明	34
	VI 日本理学診療医学会幹事会	.....坂本徳成	35
研修会報告	成長期のスポーツ障害 -その予防と治療 -		
	大阪大学整形外科教授	.....越智隆弘	39
	RAの治療 -外科的治療を中心として -		
	関西医科大学整形外科講師	.....赤木繁夫	42
	一人医療法人と財産管理法人		
	関総研代表公認会計士	.....関 博	43
	利き手とその変換	.....堀木 篤・行岡正雄	48
	労災・自賠責医療の最近の話題について	.....三橋二良	50
	大阪整形外科症例検討会	.....大橋規男	56
アンケートの集計	.....	小杉豊治	63
論説・随想	ゴルフ事始 -OCOA海外旅行同好会-	.....堀木 篤	71
	第54回オーストラリア日整会総会に出席して	.....立沢喜和	73
	さんちゃんへ	.....中村英健	75
OCOA理事会議事録	.....		76
会員名簿補追	.....		79
お知らせ	.....		80

巻頭言

副会長 木佐貫 一 成

年初来、阪神大震災、サリン放出事件など予期しなかった出来事が続き、多難な幕開けとなりましたが、被災された会員をはじめ市民の皆様方に深く御同情申し上げますとともに、一日も早い復旧を心より希って居ります。

さて、日整会広報室ニュース(1995.3.25)に当時の山内理事長が「21世紀の整形外科」と題する座談会で、アメリカのDr.Sarmientoの貴重な意見を紹介されています。* 岐路に立つ整形外科」の3つの問題点、即ち整形外科の細分化の問題、業界との癒着、医療経済の危機を挙げている。

学会の細分化は整形外科学会の形骸化、消滅の危険性を孕んでいると警鐘を鳴らしている。勿論、治療面ではスペシャリストが必要で、良いジェネラリストがいて、患者の全体像を診た上で然る可き専門家に委ねるのが好ましい姿であると提言している。

つまり、開業整形外科医がジェネラリストとしての誇りと自覚を持ち研鑽を積む事が、日整会内での私達の立場をますます重要なものとするに違いない。行政は医療費の一部負担率の増加、薬剤費償還制度の導入等を計画し、私達末端医療機関に更なるサバイバルレースを強いようと図っているようです。

サバがイバルのであれば、この際イワシだって、いやメダカだってイバッテも一向に構わない。個々の力では自ずと限界があり、組織としてより一層の結束と強化を計ることが私達の意見を日整会、更に日医、行政へと反映させることに繋がると思います。

残された任期中、私の能力の許す限り頑張りたいと思いますので会員諸先生がたの御指導と御鞭撻をお願い申し上げます。

O.C.O.A総会の報告

第19回大阪臨床整形外科医会定時総会及び講演会

日時：平成7年4月22日(土)

場所：大正製薬株式会社 大阪支店 6階ホール

(I) 総会 午後3:00～3:30

1. 開会宣言 長田副会長

2. 会長挨拶 小杉会長

3. 議 事 議 長 松尾先生
副議長 安藤先生

第1号議案 平成6年度庶務及び事業報告について承認を求める件

木佐貫副会長

第2号議案 平成6年度収支決算について承認を求める件

早石理事

第3号議案 平成7年度事業計画案について承認を求める件

長田副会長

第4号議案 平成7年度収支予算案について承認を求める件

早石理事

第5号議案 大阪臨床整形外科医会会則並びに会則施行細則の一部改正について
承認を求める件

三橋理事

4. 閉会宣言 木佐貫副会長

(II) 医療薬品紹介 午後3:30～3:45

静注用PGE1製剤「パルクス注」について

大正製薬(株)大阪支店 医薬情報部 課長 菊田良雄

(III) 講演会 午後3:50～6:00

(1). 「社保審査の現況」

大阪臨床整形外科医会 反田理事

(2). 「労災・自賠責の最近の話題」

大阪臨床整形外科医会 三橋理事

(3). 「一人医療法人と財産管理法人～医師税制を徹底検証する～」

関総研代表 公認会計士 関 博 先生

(IV) 懇親会 午後6:00～

I. 平成6年度O C O A 庶務及び事業報告

(1). 会 員 状 況

期首(平成6年4月1日) 268名
期末(平成7年3月31日) 280名
退会者 (3名)

死亡退会2名 吉本一郎 先生
是成太一 先生

(2). 研 修 会

○第57回研修会及び平成6年度総会

平成6年4月23日(土) 於：天王寺都ホテル本館
「整形外科領域におけるMicrosurgeryの応用」
大阪市立大学 整形外科教授 山野 慶樹 先生

○第58回研修会

平成6年6月4日(土) 於：大阪ターミナルホテル
「頸椎症の診断と治療－脊椎後方要素の先天奇形の臨床的意義－」
大阪赤十字病院 整形外科部長 渡辺 秀男 先生
「整形外科医とエイズ」
大阪大学 環境医学教授 越智 隆弘 先生

○第59回研修会

平成6年7月2日(土) 於：大阪ターミナルホテル
「慢性関節リウマチと類似疾患の鑑別のポイント」
鳥取大学 整形外科助教授 豊島 良太 先生
「オーバユースのスポーツ障害－現状と対策－」
大阪市立大学医学部 リハビリテーション部助教授 大久保 衛 先生

○第60回研修会

平成6年10月15日(土) 於：大林ビル
「RAの成因と早期治療」
国立大阪南病院 整形外科医長 村田 紀和 先生
「整形外科に於ける社会保険診療の実際－プライマリーケアを中心として－」
JCOA 理事長 船越整形外科院長 船越 忠 先生

○第61回研修会

平成6年11月26日(土) 於：大林ビル
「足のスポーツ障害」
大阪医科大学 整形外科講師 木下 光雄 先生
「慢性関節リウマチの最近の治療」
行岡病院 院長 前田 晃 先生

○第62回研修会

平成7年2月25日(土) 於：新大阪ワシントンホテル
「関節リウマチ・変形性関節症の病態」

- 大阪大学 整形外科講師 木村 友厚 先生
「スポーツによる肩甲骨上神経障害」
- 京都大学医療技術短期大学部教授 浜 弘道 先生
- OCOA、府医共催 研修会
平成6年7月28日(木) 於：大阪府医師会館
「人工股・膝関節、その現状と将来」
- 近畿大学 整形外科教授 田中 清介 先生
- OCOA講演会
平成6年11月17日(木) 於：大阪ウエスティンホテル
「新鮮アキレス腱皮下断裂の保存的療法」
- 杏林大学 整形外科教授 石井 良章 先生

(3) 各種会議開催及び出席状況

A) OCOA関係

- ① OCOA定時総会 [6.4.23] 於：天王寺都ホテル本館
- ② 定例理事会 4回 [6.6.11、6.9.17、6.12.17、7.3.18]
- ③ 柔整師会との新年互礼会 [7.1.14] (木佐貫)
- ④ OCOA会報編集委員会 [7.2.2] (小杉、長田、大竹、松矢、丹羽、瀬戸)

B) JCOA関係

- ① JCOA医療システム委員会 [6.4.10] (小杉) 於：東京
- ② JCOA近畿ブロック会議 [6.4.17] (長田、木佐貫、大橋、三橋、堀木) 於：神戸
- ③ JCOA代議委員会 [6.4.24] (小杉、長田、木佐貫) 於：東京
- ④ JCOA総会 [6.6.25] (伊藤) 於：宇都宮
- ⑤ 第7会JCOA学会 [6.6.26] (長田、木佐貫、伊藤、坂本他) 於：宇都宮
- ⑥ JCOA医業経営委員会 [6.8.28、6.11.6、7.2.25] (小杉) 於：東京
- ⑦ 会則等検討委員会 [6.9.25] (三橋) 於：東京
- ⑧ JCOA社会保険等検討委員会 [6.10.1、7.1.22、7.3.19] (反田) 於：東京
- ⑨ JCOA各県代表者会議 [6.10.10] (木佐貫) 於：山口
- ⑩ 第21回JCOA研修会 [6.10.8~10.10] 於：山口
- ⑪ JCOA組織委員会 [6.11.5] (福井) 於：福井
- ⑫ 第9回JCOA学会(和歌山)第1回準備委員会 [7.1.22] (長田) 於：大阪

C) 日整会関係

- ① 日整会評議員会 [6.5.11] (伊藤、大橋、坂本) 於：仙台
- ② 日整会リウマチ委員会 [6.6.10、6.8.20、6.8.21、7.2.18、7.2.19] (堀木) 於：東京
- ③ 日整会身体障害委員会 [6.6.16、6.9.29、6.11.24、7.1.26] (坂本) 於：東京
- ④ 日整会理事会 [6.6.23、6.7.26、6.9.6、6.10.6、6.11.16、6.12.14、7.2.9、7.3.10] (坂本) 於：東京
- ⑤ 日整会移植問題検討委員会 [6.9.8] (伊藤) 於：東京
- ⑥ 日整会近畿地区資格認定委員会 [6.10.5] (大橋) 於：大阪
- ⑦ 日整会役員・評議員懇談会 [6.10.6] (伊藤、大橋、坂本) 於：神戸

- ⑧ 日整会中央資格認定委員会 [6.11.5] (大橋) 於：東京
 ⑨ 日整会移植問題検討委員会 [6.11.24] (伊藤) 於：広島

D) 大阪府医師会関係

- ① 大阪府医師会医学会運営委員会
 [6.4.25、6.5.23、6.6.27、6.7.25、6.8.22、6.9.26、6.10.24、6.11.28、6.12.19、
 7.1.21、7.2.27、7.3.27] (大橋)
- ② 大阪府医師会医学会評議委員会 [6.11.13] (大橋、堀木、長田、服部)
- ③ 大阪府医師会単科医会連絡協議会 [6.6.23] (堀木)
- ④ 大阪府医会連合規約委員会 [6.11.24、7.2.9、7.3.30] (木佐貫)
- ⑤ 大阪府医師会交通事故医療委員会 [6.6.15、6.12.15] (平山、八幡、三橋、木佐貫、
 越宗、坂本)
- ⑥ 大阪府医師会医療保険委員会
 [6.6.27、6.7.21、6.7.27、6.11.2、6.12.5、6.12.22、7.1.25、7.3.2] (伊藤)
- ⑦ 大阪府医師会健康スポーツ医学委員会
 [6.6.29、6.10.5、7.1.12、7.3.8] (平山、八幡、坂本)
- ⑧ 府医健康スポーツ医学再研修会 [6.7.23] (平山、八幡、坂本)
- ⑨ 府医健康スポーツ医学講習会 [6.11.19、6.11.20] (平山、八幡、坂本)
- ⑩ 大阪府医師会労災、自動車保険診療費に関する説明会 [6.7.11] (平山、八幡、三
 橋、坂本)
- ⑪ 大阪府医師会労災部会役員会
 [6.6.17、6.7.15、6.9.16、6.10.21、6.11.18、6.12.3、7.1.20、7.2.17] (平山、
 三橋、坂本)
- ⑫ 大阪府医師会産業医部会常任委員会 (坂本)
- ⑬ 大阪府医師会医事紛争特別委員会 [6.4.6、6.5.18、6.6.1、6.8.3、6.9.7、6.11.2、
 7.1.11、7.2.1、7.3.1] (八幡、坂本)
- ⑭ 大阪府医師会自動車保健医療連絡協議会 [6.6.24、6.11.9] (平山、八幡、三橋)
- ⑮ 大阪府医師会交通事故医療研修会 [7.3.29] (平山、八幡、三橋、他)

E) その他

- ① 柔道整復師レセプト審査会 [月1回 計12回] (堀木)
- ② 大阪府整形外科症例検討会世話人会 [6.8.20、7.3.4] (小杉、伊藤、大橋、坂本)
- ③ 大阪府医師会連合会 [6.10.7] (伊藤)
- ④ 日本医師会労災・自賠償委員会
 [6.7.7、6.9.30、6.11.10、7.1.27、7.3.23] (八幡)
- ⑤ 大阪府医師会交通事故医療委員会と大阪弁護士会交通事故委員会との懇談会
 [6.10.14] (平山、八幡、三橋、木佐貫、越宗、坂本)
- ⑥ 近畿弁護士連合会、大阪弁護士会共催
 「交通事故問題シンポジウム」 [6.11.10] (平山、三橋、木佐貫、他)

(4). 福祉厚生部事業

- 第20回O C O Aゴルフコンペ [H6.5.22(日)] 於：北六甲カントリー倶楽部
 第21回O C O Aゴルフコンペ [H6.11.27(日)] 於：北六甲カントリー倶楽部

第10回O C O A懇親旅行 [H6.1.22(土)～10.23(日)]
粟津温泉「法師旅館」
ゴルフ：加賀芙蓉カントリークラブ
O C O A 海外医療機関視察旅行 [H6.5.3(火)～5.5(木)] 中国・上海市

(5). 広 報 事 業

大阪臨床整形外科医会会報第19号 発刊 (平成6年7月10日)
同 20号 発刊 (平成7年3月31日)
会員名簿発刊 (平成6年7月1日)
O C O A アンケート(柔整師問題について)実施
(平成6年4月23日、6月4日)

Ⅱ 平成6年度会計報告

大阪臨床整形外科医会収支報告書

期 間 自 平成6年4月1日
至 平成7年3月31日

会 計 早 石 雅 宥

(1) 大阪臨床整形外科医会

前 期 繰 越 金	7,245,961
今 期 剰 余 金	172,747
<hr/>	
計	7,418,708

(2) 大阪臨床整形外科医会財産目録

(内訳)

普通預金	
大阪医師信用組合	3,698,576
関西興銀 本店	232,334
定期預金	
大阪府医師信用組合(100万円×1口) (50万円×4口)	3,322,508
現 金	165,299
合 計	7,418,708

(3) 大阪臨床整形外科医会 平成6年度会費納入状況

会 員 274名 5,013,500

(4) 大阪臨床整形外科医会収支計算書

自 平成6年4月1日
至 平成7年3月31日

収 入		支 出	
年会費 (274名)	5,013,500	日本臨床整形外科医会会費 (274名)	2,740,000 (10,000×274)
府医師会医会補助	300,000	J C O A 入会金 (12名)	120,000 (10,000×12)
会報19号広告代	315,000	事務費	411,803
預金利息	54,372	会報19号	757,668
寄附金	0	通信印刷費	279,654
		役員交通費	151,000
		会議費	280,000
		近畿ブロック会費	10,000
		単科医会会費	10,000
		諸活動費	550,000
		研修会対策費	200,000
		支出小計	5,510,125
		剰余金	172,747
計	5,682,872	計	5,682,872

監 査 報 告 書

平成6年度大阪臨床整形外科医会歳入歳出決算につき、平成7年4月5日及び6日慎重監査致しました処、適正に処理、管理されたことを認めます。

平成7年4月5日

監 事 吉 田 正 和 印

平成7年4月6日

監 事 伊 藤 成 幸 印

大阪臨床整形外科医会殿

阪神・淡路大震災義援金報告

近畿ブロック会の緊急連絡会におきまして、1月17日未明に起こった阪神・淡路大震災の被災地である兵庫県臨床整形外科医会に対し、至急義援金をお贈りすることを決定致しましたところ、多大のご協力を得ることができました。ここに深く御礼申し上げます。

平成7年1月30日から3月3日まで

*直接、大阪府医師信用組合に振り込まれたもの
71名 1,090,000円

*2月25日の研修会会場ワシントンホテルにて受け取ったもの
14名 141,000円

合 計 85名 1,231,000円

まず、第1回目の送金として、700,000円を2月3日に、近畿ブロック会代表・尾崎仁一氏へお贈り致しました。3月18日理事会において、残金531,000円全てを兵庫県臨床整形外科医会事務局へ至急送金することとし、この日をもって義援金事業を終了することに決定致しました。3月20日に送金を完了することが出来ました。

Ⅲ. 平成7年度事業計画

整形外科医療の発展・普及のため活動すると共に、生涯研鑽を軸として会員相互の親睦・融和と団結を目指して、より一層精力的に事業を推進する。

1. 組織の強化

- (1). JCOA研修会、JCOA学会、JCOA近畿ブロック会に積極的に参加し、JCOA及びその各ブロック都道府県との交流・強調・情報交換に努め、整形外科医の親睦と団結に貢献する。
- (2). 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医会連合、その他医療団体との連携を強化する。
- (3). 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4). 未加入開業整形外科医の入会促進のために、積極的に勧誘活動を行う。

2. 学術活動

- (1). 会員の生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共に、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2). 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療の進展に努力する。
- (3). 平成7年度OCCOA研修会日程
第63回：平成7年6月3日(土) 於：グランピアホテル大阪
(旧大阪ターミナルホテル)
「慢性関節リウマチの病態と治療」
近畿大学整形外科講師 宗圓 聡 先生
「成長期のスポーツ障害 -その予防と治療-」
大阪大学整形外科教授 越智 隆弘 先生
第64回：平成7年7月8日(土) 於：大阪ヒルトンホテル
「RAの治療 -外科的治療を中心として-」
関西医科大学整形外科講師 赤木 繁雄 先生
「骨粗鬆症における最近の話題」
浜松医科大学整形外科教授 井上 哲朗 先生
第65回：平成7年10月 日(土) 於：未定
第66回：平成7年11月 日(土) 於：未定

3. 広報・情報活動

- (1). 会報第21号・22号発刊予定
- (2). 会員アンケートの実施
- (3). 医療・保険情報の収集・伝達に、より一層努力する。

4. 厚生・福祉活動

(1). 第11回会員懇親旅行

平成7年10月14日(土)～15日(日)

賢島方面

ゴルフ場 賢島カントリー倶楽部

(2). 会員懇親ゴルフコンペ

第22回 平成7年11月26日(日)北六甲カントリー倶楽部

IV. 平成7年度収支予算案

期間 自 平成7年4月1日
至 平成8年3月31日

(収入の部)

会 費	5,040,000	(18,000×280)
JCOA入会金	130,000	
会報広告収入	600,000	
寄附及び助成金	300,000	
受取利息	60,000	
繰越金	7,418,708	

合 計 13,548,708

(支出の部)

会 議 費	1,600,000	
内訳：総 会 費		700,000
研修会費等		500,000
理事会会議費等		400,000
分 担 金	2,950,000	
内訳：日本臨床整形外科医会会費		2,800,000
同 上 入会金		130,000
近畿ブロック会費		10,000
大阪府単科医会会費		10,000
需 要 費	2,450,000	
内訳：事 務 費		250,000
印 刷 費		300,000
通 信 費		500,000
O C O A 会報費		1,400,000
交 通 費	700,000	
内訳：役員出務弁償費		300,000
役員出張旅費等		400,000
諸 活 動 費	1,000,000	
内訳：福利厚生活動費		600,000
渉外・諸対策費		400,000
支 出 小 計	8,700,000	

予 備 費 4,848,708

合 計 13,548,708

V. 大阪臨床整形外科医会会則並びに会則施行細則の一部改正について

理事 三橋 二良

大阪臨床整形外科医会

会 則(改 正 前)	(改 正 後)
<p>第3章 (会員の種類) 第5条 この会の会員は次のとおりとする。</p> <p>①正会員：この会に賛同する臨床医で大阪府下に開業または勤務する日本整形外科学会会員とする。</p> <p>②名誉会員：この会に功労のある者、または学識経験のある者の中から理事会の議を経て会長が委嘱する。</p>	<p>第3章 (会員の種類) 第5条</p> <p>①左に同じ</p> <p>②左に同じ</p> <p>③会友：公的病院に勤務する医師で入会を希望する者は、大阪臨床整形外科医会の会友とする。但し、全ての行事に参加できるが、総会の議決権はない。</p>
会則施行細則(改正前)	(改 正 後)
<p>(会 費) 第1条 ①正会員：180,000円 ②名誉会員：会費免除とする</p>	<p>(会 費) 第1条 ①左に同じ ②左に同じ ③会友：事務費として年間5,000円を徴収する。特に本会に功績のあった者に対しては理事会の議を経てこれを免除する。</p>

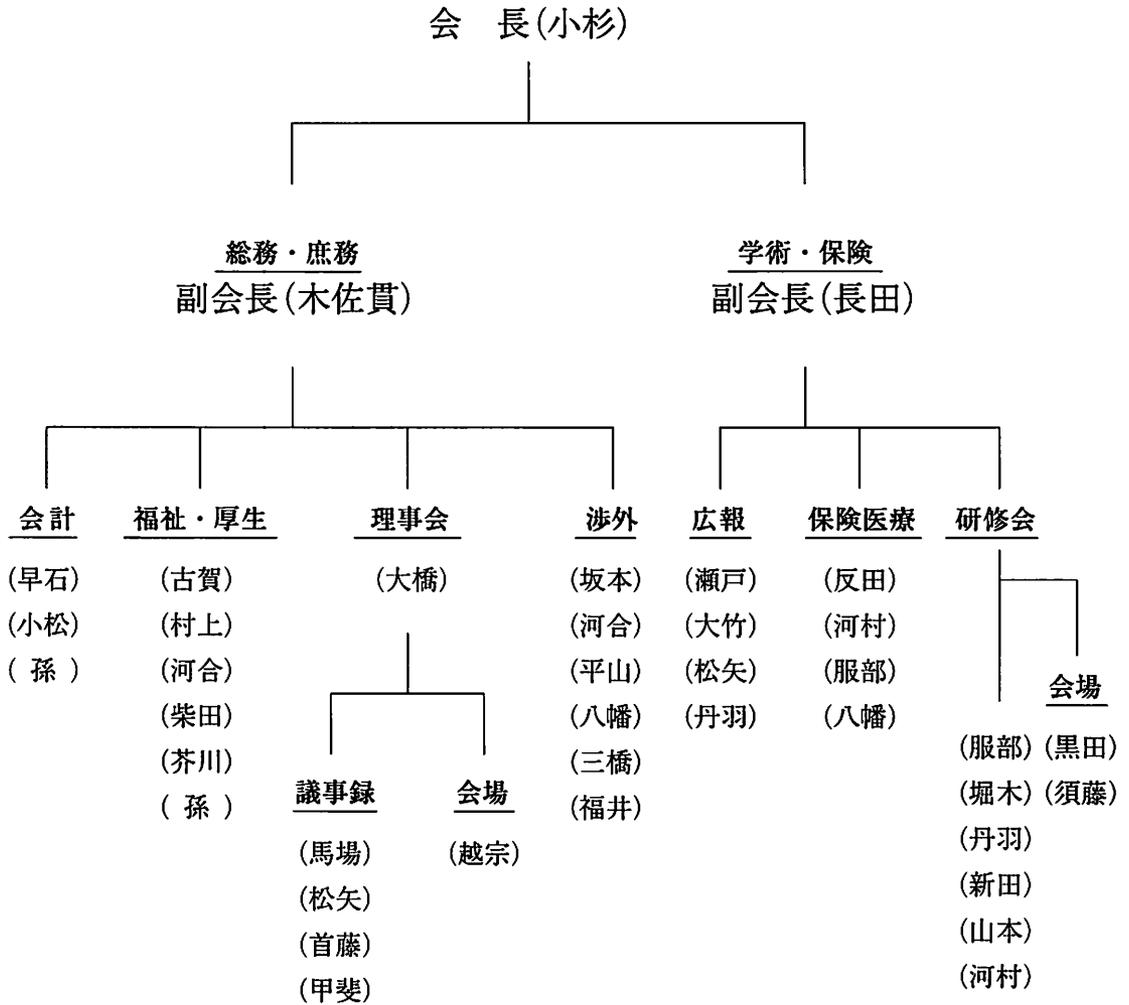
平成7年度 O C O A 役員

(五十音順)

顧問	小川亮恵	関西医科大学整形外科 教授
	越智隆弘	大阪大学医学部整形外科 教授
	小野村敏信	大阪医科大学整形外科 教授
	田中清介	近畿大学医学部整形外科 教授
	山野慶樹	大阪市立大学医学部整形外科 教授
名誉会長	越宗正	
名誉会員	稲松滋	・ 上野良三
	島津晃	・ 原省吾
		・ 小野啓郎
		・ 増原建二
会長	小杉豊治	
副会長	長田明	・ 木佐貫一成
理事	芥川博紀	・ 大竹節郎
	甲斐敏晴	・ 河合秀郎
	黒田晃司	・ 古賀教一郎
	小松堅吾	・ 坂本徳成
	小首藤三七郎	・ 須藤容章
	孫瑤権	・ 反田英之
	丹羽權平	・ 服部良治
	早石雅宥	・ 平山正樹
	堀木篤	・ 松矢浩司
	村上白士	・ 八幡雅志
		・ 大橋規男
		・ 大河村都容市
		・ 越宗正晃
		・ 柴田辰男
		・ 瀬戸信夫
		・ 新田望夫
		・ 馬場貞夫
		・ 福井宏有
		・ 三橋二良
		・ 山本光男
監事	伊藤成幸	・ 吉田正和
議長	松尾澄正	
副議長	安藤晃	
裁定委員	原卓司	・ 広谷巖
		・ 藤原孝義

平成7年度O C O A役員役割分担表

(平成7年4月1日より)



(順不同)

諸会議の報告

I 平成7年度JCOA代議員会および総会

日 時：平成7年6月17日(土) 16:00～18:30
場 所：埼玉県大宮市大宮ソニック・シティー

会 長 小 杉 豊 治

議事及び議題は以下の通りである。

JCOA代議員会議題

- 議題：第1号議案 名誉会員承認
第2号議案 平成6年度事業・決算・
監査報告
第3号議案 平成7年度事業計画(案)
第4号議案 平成7年度収支予算(案)
第5号議案 平成8年度会費改正(案)
第6号議案 日本臨床整形外科医会会
則一部改正(案)
そ の 他 報告事項等

- 第3号議案 平成7年度収支予算(案)
第4号議案 平成8年度会費改正(案)
第5号議案 日本臨床整形外科医会会
則一部改正(案)
そ の 他 報告事項等

平成7年度新名誉会員

(敬称略 年齢順)

三 重 三 井 貞 三
熊 本 三 浦 正 明
広 島 原 田 雅 弘
兵 庫 荻 原 一 輝
新 潟 宮 尾 益 克
山 口 平 田 淳

JCOA総会議事及び議題

- 議事：平成7年度新名誉会員紹介
日本臨床整形外科医会学術賞贈呈
議題：第1号議案 平成6年度事業・決算・
監査報告
第2号議案 平成7年度事業計画(案)

日本臨床整形外科医会学術賞受賞者

(敬称略)

東 京 高 山 登

収 支 決 算 書

(一般会計)

自 平成 6 年 4 月 1 日
至 平成 7 年 3 月 31 日

予算額	使用額	予算残	率	予算科目	予算額	収入額	予算額	率
				会 費	41,500,000	44,610,000	-3,110,000	107.5
				賛 助 会 費	11,000,000	12,270,000	-1,270,000	111.5
				広 告 料	8,200,000	11,124,000	-2,924,000	135.7
				預 金 利 息	350,000	584,378	-234,378	167.0
				雑 収 入	200,000	1,141,478	-941,478	570.7
				返 戻 金	0	465,000	-465,000	
				前期繰越金	30,481,000	31,580,896	-1,099,896	103.6
3,000,000	3,000,000	0	100.0	学会準備金				
3,000,000	3,000,000	0	100.0	研修会補助				
6,500,000	3,111,154	3,388,746	47.9	会 議 費				
1,500,000	1,580,374	-80,374	105.4	特別会議費				
19,850,000	14,209,060	5,640,940	71.6	旅費交通費				
13,000,000	11,412,620	1,587,380	87.8	通信運搬費				
500,000	278,659	221,341	55.7	事務用消耗品費				
15,800,000	17,857,987	-2,057,987	113.0	印 刷 費				
500,000	108,000	392,000	21.6	臨時雇用費				
500,000	220,000	280,000	44.0	身体障害者補助				
500,000	400,000	100,000	80.0	謝 金				
500,000	181,704	318,296	36.3	総 会 費				
200,000	61,105	138,895	30.6	傷害保険料				
13,500,000	12,628,472	871,528	93.5	給 料 手 当				
1,500,000	1,300,105	199,895	86.7	法定福利費				
2,900,000	3,163,188	-263,188	109.1	事務所家賃				
450,000	495,952	-45,952	110.2	共 益 費				
250,000	248,473	1,527	99.4	光 熱 水 料				
500,000	278,200	221,800	55.6	コピー整備費				
250,000	281,396	-31,396	112.6	リ ー ス 料				
300,000	10,000	290,000	3.3	慶 弔 費				
1,000,000	1,017,100	-17,100	101.7	備 品 費				
1,000,000	5,162,712	-4,162,712	516.3	雑 費				
4,000,000	4,000,000	0	100.0	積 立 金				
731,000	0	731,000	0.0	予 備 費				
91,731,000	84,006,261	7,724,739	91.6	小 計	91,731,000	101,775,752	-10,044,752	111.0
	17,769,491			次年度繰越				
91,731,000	101,775,752	-10,044,752		合 計	91,731,000	101,775,752	-10,044,752	

平成7年度収支予算(案)

予算額	H6決算額	差 異	率	予算科目	予算額	H6決算額	差 異	率
				会 費	43,000,000	44,610,000	-1,610,000	96.4
				賛 助 会 費	11,000,000	12,270,000	-1,270,000	89.6
				広 告 料	8,200,000	11,124,000	-2,924,000	73.7
				預 金 利 息	350,000	584,378	-234,378	59.9
				雑 収 入	200,000	1,141,478	-941,478	17.5
				返 戻 金	0	465,000	-465,000	
				前期繰越金	17,769,000	31,580,896	-13,811,896	56.3
3,000,000	3,000,000	0	100.0	学会準備金				
6,000,000	3,000,000	0	100.0	研修会補助				
3,000,000	3,111,154	-111,154	96.4	会 議 費				
1,500,000	1,580,374	-80,374	94.9	対外折衝費				
15,000,000	14,209,060	790,940	105.6	旅費交通費				
12,000,000	11,412,620	587,380	105.1	通信運搬費				
300,000	278,659	21,341	107.7	消耗品費				
18,000,000	17,857,987	142,013	100.8	印 刷 費				
100,000	108,000	-8,000	92.6	臨時雇用費				
250,000	220,000	30,000	113.6	身体障害者補助				
400,000	400,000	0	100.0	謝 金				
200,000	181,704	18,296	110.1	総 会 費				
100,000	61,105	38,895	163.7	傷害保険料				
13,500,000	12,628,472	871,528	106.9	給料手当				
1,500,000	1,300,105	199,895	115.4	法定福利費				
4,300,000	3,163,188	1,136,812	135.9	事務所家賃				
700,000	495,952	204,048	141.1	共 益 費				
450,000	248,273	201,527	181.1	光熱水料				
300,000	278,200	21,800	107.8	コピー整備費				
150,000	281,396	-131,396	53.3	リ ー ス 料				
0	10,000	-10,000	0.0	慶 弔 費				
200,000	1,017,100	-871,100	19.7	備 品 費				
200,000	5,162,712	-4,962,712	3.9	雑 費				
0	4,000,000	-4,000,000	0.0	積 立 金				
2,369,000	0	2,396,000	#除	予 備 費				
80,519,000	84,066,261	-3,487,261	95.8	合 計	80,519,000	101,775,752	-21,256,752	79.1

第5号議案の平成8年度の会費の値上げについて理事会から説明があり討論したが、反対が多く議決するに至らなかった。もっと値上げの必要性を全員に周知させるPRを行った上で9月23日のJCOAの研修会の前に臨時代議員会及び総会を開いて議決することとなった。

第5号議案

平成8年度会費の値上げについて

1. 平成6年度実績

会費等の収入は70,195千円、支出は平成6年度から理事定数を25名から19名に減らし、委員会委員も約半数として経費節減に努めているが84,006千円であり、13,811千円の支出超過となった。経過した分は前期からの繰越金で賄っており、次期繰越金は17,769千円である。過去5年間の収入・支出の実績を見ると、その差は徐々に縮まりついに平成6年度は支出超過となった。(別表1)会費収入の実績は全収入に対して43.8%であり、本来会の運営は会費で賄うべきであるが、50%を切る状態がここ数年続いている。

2. 平成7年度予算

会費収入は増員分増加が見込まれるが、賛助会費その他は増加要素はなく、平成6年度と同じと予想される。したがって、繰越金額が減少した分子算総額は減少せざるを得ず、平成6年度予算総額に比して11,212千円の減額予算となった。平成6年度予算額の87.8%である。(別表2)

予算額80,519千円は平成6年度の支出総額84,006千円より3,487千円少なく、その

分節約したとしても平成8年度に繰り越せる金額は0円となる。

3. 平成8年度予算

(1) 会費を現行のまま据え置く場合(別表3)

会員数の増加は未定なので平成7年度と同じとし、賛助会員は厳しい経済状況から減少傾向にあり、広告費も同様に減少するものとおもわれるので100万円減とすると、平成8年度の予算額は60,750千円となり、これは平成6年度予算額の66.2%である。

この予算額では、JCOA学会・研修会補助金、謝金、積立金、予備費は0とし、理事会・各種委員会等の会合を減らして会議費、旅費交通費、通信費、印刷費等を大幅に減額しなければならない。また事務局職員を1名整理し2名で4,300名の会を運営しなければならなくなる。

「骨と関節の日」に因んで整形外科を広報する広報費も設けることはできない。

(2) 会費を5,000円値上げした場合(別表4)

新規事業として「骨と関節の日」の広報費新設は可能であるが、積立金、予備費は計上できず0円となる。会議費、旅費交通費、通信費、印刷費を大幅に減少せざるを得ない。予算額は82,250千円で平成7年度とほぼ同じ、平成6年度予算の89.7%である。

(3) 会費を10,000円値上げした場合(別表5)

ほとんど平成6年度予算と同じであるが、新規事業として「骨と関節の日」の広報費新設が可能であり、積立金、予備費も設けることができる。各種委員会もますます活発な活動が期待できる。予算額は103,750千円で、これでも平成6年度予算の13.1%増しである。

千円 表1. 収支・支出実績(5年間)

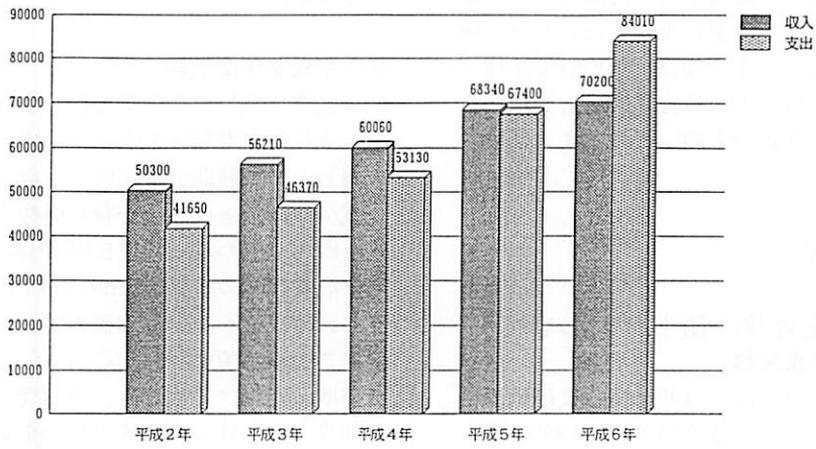


表2. 年間予算額推移表

単位：万円



表3.

平成8年度収支予算 (会費1万円)

予算額	H6予算額	差異	率	予算科目	予算額	H6予算額	差異	率
				会費	43,000,000	41,500,000	1,500,000	103.6
				賛助会費	10,000,000	11,000,000	-1,000,000	90.9
				広告料	7,200,000	8,200,000	-1,000,000	87.8
				預金利息	350,000	350,000	0	100.0
				雑収入	200,000	200,000	0	100.0
				返戻金	0	0	0	
				前期繰越金	0	30,481,000	-30,481,000	0.0
0	3,000,000	-3,000,000	0.0	学会準備金				
0	3,000,000	-3,000,000	0.0	研修会補助				
0	0	0		新規				
4,000,000	6,500,000	-2,500,000	61.5	広報費				
1,500,000	1,500,000	0	100.0	会議費				
14,500,000	19,850,000	-5,350,000	73.0	対外折衝費				
10,000,000	13,000,000	-3,000,000	76.9	旅費交通費				
500,000	500,000	0	100.0	通信運搬費				
10,000,000	15,800,000	-5,800,000	63.3	事務用消耗品費				
300,000	500,000	-200,000	60.0	印刷費				
500,000	500,000	0	100.0	臨時雇用費				
0	500,000	-500,000	0.0	身体障害者補助				
500,000	500,000	0	100.0	謝金				
200,000	200,000	0	100.0	総会費				
10,000,000	13,500,000	-3,500,000	74.1	傷害保険料				
1,300,000	1,500,000	-200,000	86.7	給料手当				
4,300,000	2,900,000	1,400,000	148.3	法定福利費				
700,000	450,000	250,000	155.6	事務所家賃				
500,000	250,000	250,000	200.0	共益費				
500,000	500,000	0	100.0	光熱水料				
150,000	250,000	-100,000	60.0	コピー整備費				
300,000	300,000	0	100.0	リース料				
500,000	1,000,000	-500,000	50.0	慶弔費				
500,000	1,000,000	-500,000	50.0	備品費				
0	4,000,000	-4,000,000	0.0	雑費				
0	731,000	-731,000	0.0	積立金				
0	731,000	-731,000	0.0	予備費				
60,750,000	91,731,000	-30,981,000	66.2	合計	60,750,000	91,731,000	-30,981,000	66.2

表4.

平成8年度収支予算 (会費1.5万円)

予算額	H6予算額	差 異	率	予算科目	予算額	H6予算額	差 異	率
				会 費	64,500,000	41,500,000	23,000,000	155.4
				賛 助 会 費	10,000,000	11,000,000	-1,000,000	90.9
				広 告 料	7,200,000	8,200,000	-1,000,000	87.8
				預 金 利 息	350,000	350,000	0	100.0
				雑 収 入	200,000	200,000	0	100.0
				返 戻 金	0	0	0	
				前期繰越金	0	30,148,000	-30,481,000	0.0
3,000,000	3,000,000	0	100.0	学会準備金				
3,000,000	3,000,000	0	100.0	研修会補助				
5,000,000	0	5,000,000	新規	広 報 費				
5,000,000	6,500,000	-1,500,000	76.9	会 議 費				
3,000,000	1,500,000	1,500,000	200.0	対 外 折 衝 費				
15,000,000	19,850,000	-4,850,000	75.6	旅 費 交 通 費				
11,000,000	13,000,000	-2,000,000	84.6	通 信 運 搬 費				
500,000	500,000	0	100.0	事 務 用 消 耗 品 費				
12,000,000	15,800,000	-3,800,000	75.9	印 刷 費				
300,000	500,000	-200,000	60.0	臨 時 雇 用 費				
500,000	500,000	0	100.0	身 体 障 害 者 補 助				
800,000	500,000	300,000	160.0	謝 金				
500,000	500,000	0	100.0	総 会 費				
200,000	200,000	0	100.0	傷 害 保 險 料				
13,500,000	13,500,000	0	100.0	給 料 手 当				
1,500,000	1,500,000	0	100.0	法 定 福 利 費				
4,300,000	2,900,000	1,400,000	148.3	事 務 所 家 賃				
700,000	450,000	250,000	155.6	共 益 費				
500,000	250,000	250,000	200.0	光 熱 水 料				
500,000	500,000	0	100.0	コ ピ ー 整 備 費				
150,000	250,000	-100,000	60.0	リ ー ス 料				
300,000	300,000	0	100.0	慶 弔 費				
500,000	1,000,000	-500,000	50.0	備 品 費				
500,000	1,000,000	-500,000	50.0	雑 費				
0	4,000,000	-4,000,000	0.0	積 立 金				
0	731,000	-731,000	0.0	予 備 費				
82,250,000	91,731,000	-9,481,000	89.7	合 計	82,250,000	91,731,000	-9,481,000	89.7

表5.

平成8年度収支予算 (会費2万円)

予算額	H6予算額	差異	率	予算科目	予算額	H6予算額	差異	率
				会費	86,000,000	41,500,000	44,500,000	207.2
				賛助会費	10,000,000	11,000,000	-1,000,000	90.9
				広告料	7,200,000	8,200,000	-1,000,000	87.8
				預金利息	350,000	350,000	0	100.0
				雑収入	200,000	200,000	0	100.0
				返戻金	0	0	0	
				前期繰越金	0	30,481,000	-30,481,000	0.0
3,000,000	3,000,000	0	100.0	学会準備金				
3,000,000	3,000,000	0	100.0	研修会補助				
5,000,000	0	5,000,000	新規	広報費				
6,500,000	6,500,000	0	100.0	会議費				
3,000,000	1,500,000	1,500,000	200.0	対外折衝費				
19,000,000	19,850,000	-850,000	95.7	旅費交通費				
12,000,000	13,000,000	-1,000,000	92.3	通信運搬費				
500,000	500,000	0	100.0	事務用消耗品費				
15,800,000	15,800,000	0	100.0	印刷費				
300,000	500,000	-200,000	60.0	臨時雇用費				
500,000	500,000	0	100.0	身体障害者補助				
1,000,000	500,000	500,000	200.0	謝金				
500,000	500,000	0	100.0	総会費				
200,000	200,000	0	100.0	傷害保険料				
13,500,000	13,500,000	0	100.0	給料手当				
1,500,000	1,500,000	0	100.0	法定福利費				
4,300,000	2,900,000	1,400,000	148.3	事務所家賃				
700,000	450,000	250,000	155.6	共益費				
500,000	250,000	250,000	200.0	光熱水料				
500,000	500,000	0	100.0	コピー整備費				
150,000	250,000	-100,000	60.0	リース料				
300,000	300,000	0	100.0	慶弔費				
1,000,000	1,000,000	0	100.0	備品費				
1,000,000	1,000,000	0	100.0	雑費				
4,000,000	4,000,000	0	100.0	積立金				
6,000,000	731,000	5,269,000	820.8	予備費				
103,750,000	91,731,000	12,019,000	113.1	合計	103,750,000	91,731,000	12,019,000	113.1

Ⅱ 第8回JCOA学会

日 時：平成7年6月18日(日)

会 場：埼玉県大宮市・大宮ソニックシティー

副会長 木佐貫 一 成

J R大宮駅から徒歩数分の所に最近出来た近代的な会議場で、以下のプログラムに従って行われた。

6月18日(日) 学会

9:00 開場

9:20 開会挨拶 大ホール

JCOA学会会長 八百坂 沙

JCOA理事長 舟越 忠

9:30 パネルディスカッションⅠ 大ホール
交通事故診療を考える

座長 舟越 忠

(静岡県・舟越整形外科)

山根宏夫

(埼玉県・豊岡第一病院)

1. 診療側の立場から

1) 高濱晶彦(埼玉県・所沢整形外科)

2) 葉梨之紀(神奈川県・葉梨整形外科)

2. 保険会社の立場から

浅倉義次

(日動火災海上保険株式会社)

3. 査定事務所の立場から

伊藤文夫(自動車保険料率算定会)

4. 弁護士の立場から

羽成 守(羽成法律事務所)

5. 指定発言

七條茂文(徳島県・七條整形外科)

11:50 JCOA学術賞受賞記念講演

大ホール

座長 八百坂 沙

(埼玉県・八百坂整形外科)

「整形外科における問診の技術とその応用」

医療法人社団 高山整形外科病院

院長 高山 登

9:30～15:00 4 F国際会議室

展示 担当 大野貞夫・志村健一

12:30～13:30 4 F国際会議室

テーピング 斎藤栄助・斎藤隆正
(ニチバンK.K.)

13:40～13:45 次期JCOA学会会長挨拶

大ホール

13:45 パネルディスカッションⅡ

大ホール

肘と手の痛み —その診断と治療—

座長 池谷正之(埼玉県・池谷整形外科)

磯部 饒(埼玉県・磯部整形外科)

1. 上腕骨外上顆炎について

—保存的療法を中心に—

福岡利之(埼玉県・福岡整形外科)

2. 野球肘 —手術的治療を中心に—

伊藤恵康(群馬県・慶友整形外科病院)・他

3. 肘と手の痛み

—不定の前腕痛：橈骨神経管症候群につ
いて—

荒井孝和(神奈川県・熊倉整形外科)

4. 手の舟状骨骨折の種々相

宇佐美文章

(東京都・宇佐美整形外科)・他

5. 手の舟状骨骨折について

牧野陸生

(宮城県・阿部整形外科・形成外科)・他

6. 手・手関節の痛み

須川 勲(静岡県・須川整形外科)

コメンティーター

埼玉医科大学整形外科 助教授

坂田悍教先生

防衛医科大学校整形外科 講師

根本孝一先生

16:00 閉会挨拶

第8回JCOA学会実行委員長

今村 恵

パネルIの交通事故診療について。

診療側から過失相殺と支払限度額の問題、自賠責と任意保険の一括請求による支払遅延、症状固定による支払い停止、健保切替への強制、後遺症の等級認定に対する疑問点等…の様々な問題点を指摘。それらについて、損保会社、自算会、弁護士による夫々の立場からの熱のこもった討論が展開された。

JCOA学術賞受賞記念講演「整形外科に

おける問診の技術とその応用」(高山登)。

講演の主旨は「工夫された問診票を用い、患者の生活環境や主訴である痛みやつらさの程度などを図式化、数値化しカード化することにより、限られた時間内で最大限に患者の情報収集が可能となり、それを順次カルテに添付しておけば一見して疾病の経過が理解出来るので非常に有用である」。

全く同感です。

その他、この学会の各テーマについての詳細は、後日送付されてくるJCOA学会誌を御参照下さい。

今回は和歌山市で開催予定です。

Ⅲ 日本整形外科学会評議員会

日 時：平成7年4月8日(土)14:00～17:00

場 所：パシフィコ横浜会議センター

副会長 長 田 明

議長、副議長の選出(河合、五味渕)

議事録署名人の選任(国分、林)

報告事項

1. 理事長報告(山内)
2. 第68回日本整形外科学会学術集会運営報告 (黒川)
3. 第10回日本整形外科学会基礎学術集会準備進行状況報告 (東)
4. 第28回日本整形外科学会骨軟部腫瘍学術集会準備進行状況報告 (三浦)
5. 第69回日本整形外科学会学術集会会長挨拶 (矢部)
平成8年4月11、12、13、14日 東京
6. 第11回日本整形外科学会基礎学術集会会長挨拶 (酒匂)
平成8年10月17、18日 鹿児島

7. 第29回日本整形外科学会骨軟部腫瘍学術集会会長挨拶 (石井)

平成8年7月19、20日 札幌

8. 各種委員会報告
9. 学会功労賞および学会奨励賞について
功労賞受賞者(8名)

井沢淑郎 伊藤 孝 荻原一輝
高橋 武 浜田青志 原田雅弘
宮尾益克 山崎典郎

奨励賞受賞者(4名)

岩下靖史 土屋弘行 中瀬尚長
山下敏彦

10. 災害見舞いに対する謝意(水野教授)
11. リウマチ学会との協議事項について
(山内理事長)

審議事項

1. 名誉会員推薦の件

今井 望 片岡 治 蒲原 宏
 桜井 実 寺山和雄 信原克哉
 廣谷速人 三好邦達 室田景久
 弓削大四郎

以上10名承認

2. 平成6年度事業報告と収支決算および財産目録 承認
3. 平成7年度事業計画と収支予算案原案 とうり承認
4. 次期通常総会の開催日、開催地について平成8年4月東京の予定
5. 理事および監事の選挙 定数内で承認

6. 日本整形外科学会学術集会次次期会長(第71回会長)の選挙
井形教授(徳島)に決定
7. 日本整形外科学会基礎学術集会次次期会長(第12回会長)の選挙
高橋教授(新潟)に決定
8. 日本整形外科学会骨軟部腫瘍学術集会次次期会長(第30回会長)の選挙
松井教授(名市大)に決定
9. 評議員提案議題 16評議員より提案(うち10評議員はJCOAの所属)

IV 第2回JCOA経営セミナー

日 時：平成7年7月30日(日) 10:00~15:00

場 所：東京 お茶の水 損保会館

会 長 小 杉 豊 治

猛暑にもかかわらず約70名の出席者があり活発な討議がなされた。これに関してはJCOAニュース第24号(平成7年8月)に森康医業経営委員会担当理事の記事が掲載されている。またその詳細は、後日JCOA会誌に発表される予定であるので当日のプログラムおよび演者の抄録のみを掲載する。

10:00	開会 司会 森 康(石橋盟士)
↑	
	医業経営の安定化対策 —在宅医療に活路を見つける— JCOA理事長 舟越 忠(30分)
	・医業経営アンケートの分析 小杉豊治(10分)
	・有床診か無床診か 中條 仁(10分)
↓	
12:30	・医業経営の実像 近藤信和(10分)
	休憩(昼食)

13:00	再開 司会 石橋盟士(森 康)
↑	
	小規模入院施設の行方 —平成6年度診療報酬改定の 有効な利用法— 全国有床診連絡協議会 専務理事 松本義康(30分)
	・手術と医業経営 中野 昇(20分)
	・医療経営と設備投資 羽柴秀雄(20分)
↓	
15:00	総括 JCOA副理事長 阿部龍秀

医学経営の安定化対策

JCOA理事長 舟越 忠

企業であれば、経営の安定化対策といえは収益部門の強化であり、支出の面での経費削減ということになる。

しかし、医学というものは営利事業ではないので、ノープロフィット、ノーロスという原則は常に求められているし、国民もそれが当然と受け止めている。

従って、企業努力をして収益を上げる医師は悪徳医というレッテルを貼られがちである。

経営という面から見れば、利益がなくては何もできない。

端的な例として、現在の医療機関は社会保険診療報酬に経営を頼っている。医院の施設改善や診療機器の購入に充当し得る収入は、この社会保険診療報酬の中に当然あってよいものが、実は全く入れられていないといつてよい。

かような仕組みの中で医療機関の経営の安定化は、非常に困難なものとなっている。

既存の観念からすれば、話はここで終わってしまう。

しかし発想の転換をすれば、例えば収益部門における努力としては患者増であり、1人あたりの単価の上昇である。

他方、支出減では常勤をパートタイマーに変えたり、各種使用器械の徹底的節約と有効の使用である。

さらには、行政のすすめている在宅医療などの積極的取り入れである。

整形外科医としてはケアマネジメントとしての役割を十分訓練し、将来きたるべき老人の介護問題の要となる役割の地歩を固めなければならぬ。

個々の医療機関による差異はあっても、今

積極的発想転換を行わなくては、今後の整形外科医の経営の安定化などとうていできないと感じている。

<資料>

診療所経営の安定化

◆基本一◎収入を増やす(効率的な収入増)

◎支出を減ずる(人件費を中心とした無駄の排除)

I] 診療報酬の流れ

- (1) 今までの流れ(つぎはぎ改定)
薬価差益による点数の改定・各科イーブン
- (2) これからの流れ(自然増にメスを入れる根本改定)
 - a. 急性・慢性疾患別対応と老人医療費
 - b. ベット数削減と通院日数制限
 - c. 薬剤使用の制限(質と量)
 - d. 高度医療と末期医療への対応

II] 対策

- (1) 短期的
 - a. 患者を増やす(年齢による傾向)
 - b. 1日当たりの増点と通院日数増
 - c. 請求もれの防止と査定回避
 - d. 在宅医療への積極的参加
- (2) 中期的
 - a. 施設の工夫・器械の増設
投入コストと収入
 - b. 健診への参入とヘルスケア事業
- (3) 長期的
 - a. 行政への働きかけと共に整形外科の専門性の復古と宣伝活動
 - b. 医業類似行為の規制
 - c. 継承と節税からみた法人化
 - d. 変革と先取りした個々の対応と医療に対する考え方

診療所アンケートの分析結果

OCOA会長 小杉 豊治

- 1) 開業年数が長くなる程、また年齢が高くなる程、患者数の減少が著しい。(表1.2) 設備のリニューアルと職員のリストラが必要。
- 2) 夜間診療は経営の改善に有利と考えられる。(表3.4)
- 3) 院外処方箋の発行は患者減とはならないで、むしろプラスに働くと思われる。(表5.6)
- 4) 患者増の方策としてリハビリの施設指定などが有効のようである。(表7)
- 5) 開業場所と経営状況の関連は認められない。
- 6) 自院の地域特性を再検討する必要がある。

表1. 医師の年齢と患者数及び経営状況

外来患者数	あなたの年齢は					
	49歳未満		50歳台		60歳以上	
増加傾向	144	24.7%	37	6.7%	26	4.2%
減少傾向	167	28.6%	338	60.8%	445	72.4%
変わらない	272	46.7%	181	32.6%	144	23.4%
合計	583	100.0%	556	100.1%	615	100.0%
1日平均患者数	148人		128人		97人	
貴院の経営は	49歳未満		50歳台		60歳以上	
十分	117	19.9%	66	11.9%	62	10.1%
なんとか	288	49.1%	249	44.8%	225	36.7%
まあまあ	132	22.5%	166	29.9%	220	35.9%
経営困難	50	8.5%	75	13.5%	106	17.3%
合計	587	100.0%	556	100.1%	613	100.0%

表3. 1週間の診療時間と患者数及び経営状況

外来患者数	1週間の診療時間					
	35時間未満		36～40時間		40時間越える	
増加傾向	33	7.9%	87	13.4%	81	13.1%
減少傾向	250	60.1%	342	52.9%	311	50.3%
変わらない	133	32.0%	218	33.7%	226	36.6%
合計	416	100.0%	647	100.0%	618	100.0%
1日平均患者数	109人		127人		132人	
貴院の経営は	35時間未満		36～40時間		40時間越える	
十分	57	13.7%	89	13.7%	91	14.7%
なんとか	174	41.9%	284	43.8%	274	44.2%
まあまあ	133	32.0%	194	29.9%	167	26.9%
経営困難	51	12.3%	82	12.6%	88	14.2%
合計	415	99.9%	649	100.0%	620	100.0%

2. 開業年数と患者数及び経営状況

患者数の傾向は	開業年数							
	5年未満		5～10年未満		10～20年未満		20年以上	
増加傾向	125	43.0%	41	13.6%	20	3.4%	21	3.6%
減少傾向	37	12.7%	119	39.4%	374	64.4%	419	72.5%
変わらない	129	44.3%	142	47.0%	187	32.2%	138	23.9%
合計	291	100.0%	302	100.0%	581	100.0%	578	100.0%
1日平均患者数	139人		149人		128人		99人	
貴院の経営は	5年未満		5～10年未満		10～20年未満		20年以上	
十分	59	20.3%	53	17.4%	76	13.1%	56	9.7%
なんとか	134	46.0%	154	50.5%	249	42.9%	225	38.9%
まあまあ	62	21.3%	74	24.3%	190	32.8%	191	33.0%
経営困難	36	12.4%	24	7.9%	65	11.2%	106	18.3%
合計	291	100.0%	305	100.1%	580	100.0%	578	99.9%

表4. 夜間診療と患者数及び経営状況

外来患者数	午後6時以降夜間診療			
	している		していない	
増加傾向	112	15.9%	91	9.2%
減少傾向	335	47.5%	575	58.1%
変わらない	258	36.6%	324	32.7%
合計	705	100.0%	990	100.0%
1日平均患者数	139人		114人	
貴院の経営は	している		していない	
十分	113	16.0%	123	12.4%
なんとか	305	43.2%	432	43.6%
まあまあ	199	28.2%	304	30.7%
経営困難	89	12.6%	131	13.2%
合計	706	100.0%	990	99.9%

表5. 開業場所と院外処方の関係

院外処方	市							町		
	～10万		10～20万		20～100万未満		政令指定都市			
100%している	59	18.6%	58	23.7%	103	18.8%	107	27.4%	33	15.9%
部分的にしている	23	7.3%	23	9.4%	67	12.2%	40	10.3%	12	5.8%
していない	235	74.1%	164	66.9%	378	69.0%	243	62.3%	163	78.4%
合計	317	100.0%	245	100.0%	548	100.0%	390	100.0%	208	100.1%

表6. 院外処方箋と患者数及び経営状況

外来患者	院外処方箋の発行					
	100%している		部分的にする		していない	
増加傾向	62	17.2%	17	10.4%	124	10.5%
減少傾向	159	44.2%	89	54.3%	670	56.8%
変わらない	139	38.6%	58	35.4%	385	32.7%
合計	360	100.0%	164	100.1%	1,179	100.0%
1日平均患者数	146人		123人		118人	
貴院の経営は	100%している		部分的にする		していない	
十分	67	18.5%	23	13.9%	147	12.5%
なんとか	169	46.7%	77	46.4%	498	42.3%
まあまあ	92	25.4%	45	27.1%	366	31.1%
経営困難	34	9.4%	21	12.7%	166	14.1%
合計	362	100.0%	166	100.1%	1,177	100.0%

表7. リハ保険請求と患者数の傾向の関係

患者数の傾向	リハ施設による保険請求							
	理学療法Ⅰ		理学療法Ⅱ		理学療法Ⅲ		理学療法Ⅳ	
増加傾向	41	10.8%	12	20.0%	7	21.2%	122	12.7%
減少傾向	206	54.5%	19	31.7%	13	39.4%	513	53.4%
変わらない	131	34.7%	29	48.3%	13	39.4%	326	33.9%
合計	378	100.0%	60	100.0%	33	100.0%	961	100.0%
1日平均患者数	121人		157人		153人		127人	

有床診か無床診か

中 條 仁

有床診療所の無床化が急速に進行しているといわれている。今回のアンケート調査により、無床診療所、有床診療所および患者の収容をやめている診療所(無床化診療所)の実態を調査した。

診療形態については、無床診療所50%、無床化診療所+有床診療所=50%であるが、無床診療所+無床化診療所=65.8%で全診療所の2/3は無床となっている。

人口別に見ると、無床診療所の割合は人口が多くなるのに伴い多くなる。無床化の進行度合いも同様の傾向がある。

患者数の増減については、いずれも減少傾向と回答したものが最多である。無床化診療所の69.9%が最多、無床診療所は48.0%に止まっている。

診療時間については有床診療所が最も長く、無床診療所は最も短い。しかし、無床診療所の45.9%が夜間帯診療を行っている。

経営が悪化したと回答したものは、無床化診療所61.3%、有床診療所50.8%、無床診療所38.5%、全体で46.3%であり、改善したと回答したものはわずか7.3%に過ぎない。

経営悪化の理由としていずれも人件費の高騰と患者数の減少を挙げている。

地域別に無床化率(無床化診療所/無床化診療所+有床診療所)を見ると、関東52.4%が最高で、近畿、中部、東北と続いている。北海道、中四国、九州は無床化率は低い。入院の需要が多い地区と思われる。

以上の結果から、有床診療所が患者収容を維持することが極めて困難になっている様相をはかり知ることができる。最近5年間の診療所開設の73.5%が無床診療所であることも、これを物語っている。

医業経営の実像

医業経営委員会 近藤 信和(東京)

診療所における診療形態は、東京において無床診療所が87%であり、全国における50%より高率である。また無床診療所は賃借率が50%以上であることが特徴である。

外来患者数は減少傾向のところが多く、これに伴って収入が減少している。支出の方は人件費の高騰などで増加傾向にあり、あまりよい材料はない。収入に対する支出の割合も60%以上の診療所がほとんどである。

しかし、支出が具体的にどうなっているかが不明であるため、これにより厳密な経営分析はできないと考えられる。というのは、借入金の概念や、支払利息と元金返済の割合等が不明であるためである。銀行への返済はすべての額が支出ではなく、元金返済額は収入となってしまふという現実が反映されているとは考えられない。

医業は統制経済のため、収入に対してさまざまな制限があり、市場原理が働かないのが実情である。

一例を挙げれば、市場原理では質の良いサービスと質の悪いサービスでは値段が違っても当然であるが、医業では一律である。

整形外科の治療のように、器械や人手を使った経費率が多くても、それに対する評価はなく、一律の点数である。このように収入に対しては市場原理が働かないのに、支出に対してはこのようなことはなく、一般と同じに人件費を払い、利子を払い、経費がかかるのである。

これをふまえて、いかに自分の手元に残るようになるかの問題である。

収入を増加させるための努力としては、受け身の診療でなく、攻めの診療である。つまり在宅医療への参加等が挙げられる。

また、自費診療を増やすという意味において、骨粗鬆症検診などの検診事業への参加も

考えられる。

支出を減少させられる部分としては、大きな声ではいえないが節税である。これは各々努力されていると思うが、どのようにして税金が課せられているかを知る必要がある。

小規模入院施設の行方

全国有床診療所連絡協議会

専務理事 松本 義康

A. 小規模入院施設について

医療法13条(48時間規制)の撤廃に端を発した有床診療所問題は、約10年前にさかのぼるが、低迷する有床診療所の医療費が、病院のそれに比して著しく低く抑えられ、このまま拱手しては有床診療所はつぶれるという危機感におそわれている。

ではどうするか？

医療法13条があるかぎり、有床診療所の治療費の上昇は望めないという見込みから、現在の有診がクリアできるある程度の規制を受けてもよいから、有診から脱却した小規模の入院施設を作ろうという意見が強まり、日本医師会内に「小規模入院施設検討委員会」が設立され、H4.9.2に第1回会合が開催された。8名の委員が委嘱された。(内3名は全国有診協役員、1名はJCOA会員)

その後数回の委員会が開かれ、平成5年3月「中間報告書」が日医会長に答申された。

中間報告書の中で特に「基本的方向」については、小規模入院施設はかかりつけ医機能の重要な要素の一つとして位置づけられることが検討されなければならないとの視点から、従来の有床診療所を追認する意味合いに留まらず、今後の医療にとって極めて有効な役割を期待できる施設体系の位置付けの重要性を指摘した。病床規模については、上限は1人

の医師が管理できる病床数を基本とし、看護要員などの基準については患者6人に看護婦または准看護婦1人を標準とするなどの考え方を示している。

これらを総じて「小規模入院施設の制度的規定」として

- ①病床数＝上限を30床とし下限を定めない。病床種別を設定しない。医療計画における必要病床数として算定しない。
 - ②医師の規定＝開設者として常勤医師1人と非常勤医師1人以上とする。
 - ③看護要員に関する規定＝入院患者6人に対して看護婦または准看護婦1人の配置を標準とする。
 - ④48時間規制問題＝在院期間の規定はしない。
 - ⑤その他の基準・標準などの規定＝医師当直については宅直制も可とし、薬剤師、栄養士などの配置は規定しない。構造設備について現行の有床診療所に準じる。
 - ⑥名称について＝公式名称は「小規模入院施設」とし、別称としてプライマリ・ポスピタル、ホスニック、かかりつけ病院などが考えられる。
 - ⑦他の施設体系との関係＝小規模入院施設の適用は申請選択方式とし、従来の19床までの有床診療所、および20床以上の病院制度は残して選択を可能にする。
- の7項目を掲げている。

これに対し、村瀬日医会長も積極的意向を示し、平成6年4月の改定はかかりつけ医師と小規模収容施設を中心に考えたいと強調、日医執行部もその答申の制度化に意欲を示した。

しかしながら、平成6年4月、10月改定には、医療法の絡みもあってか小規模入院施設の影はひそめられた。特に昨年二度の改定で今までと比べ種々の問題はあがるが、有診にも曙光がさしてきたということで、それに覆われて小規模入院施設が現在のところトーンダウンした感がある。

しかし、我々は小規模入院施設検討委員会の出した報告書の実現に向かって一歩一歩努力して行く覚悟である。

B. 昨年(平成6年)の診療費の改定について
平成6年4月と10月の二度の改定が行われた。

1. 付添い制度が廃止され、有床診療所に看護基準が設けられた。
2. 介護制度が変わった。
3. 食事療養費が病院並みになった。
4. 老人医療管理料が新設された。等

これらに関しては実際面で色々問題は残されているが、うまく活用していきたい。

手術と医業経営

中野整形外科医院 中野 昇

有床診療所が有効な経営を行うための工夫として、いろいろなことが考えられている。

手術療法を中心に考えると、手術に必要な人的要因は病院と変わらない。術後看護に関しては病院と同じ手術を行った場合でも、看護料が診療所の場合病院よりかなり安く抑えられている。診療所1種看護では、患者2人に1人の看護婦がいても220点しか請求できないのに、病院の新看護料では患者2人に看護婦が1人以下でも685点請求できる。

当院では診療所3種(I)を採用しているので155点しか請求できず、その格差は大きい。この事実はどうしても変えることは出来ないし、手術料が同じであるから、診療所で手術を行っても採算が取れるようにするためには、これ以外のことに注目して収入を多くするよう工夫する必要がある。

それにはベッドの回転を早くして、手術による収入を増やす必要がある。手術書に書かれている手術法を行って、現在一般に行われ

ている術後管理を行ってはいは、手術による増収は見込めない。

私は、いろいろな症例について術後観察を長期に行い、その都度手術法を改善し、後療法を簡素化を図り実行してきた。

19床のベッドで准看護婦と見習看護婦を相手に、頸椎前方固定術、頸椎拡大術、腰部椎間板ヘルニアに対して後方経路や前方経路での手術、ペディカル・スクリューの使用を含めた腰椎固定術、白蓋形成術、人工股関節や人工膝関節置換術など一般の病院と同じような手術を行っている。しかも、大部分の症例が1週間ぐらいで離床し、いわゆる一般に行われているような特別な後療法をしないで、短期間に職場に復帰している。

リハビリテーションについては、医師自身が患者に充分説明して、術前から行うようにしている。これらの実例について述べてみたい。

医業経営と設備投資について

富山市 羽柴 秀雄

日進月歩の医学技術の現在、小なりと云えども有床診療所もそれなりの対応を怠れば遠からず野垂れ死の運命にあります。

この度の第2回JCOA経営セミナーに委員の一人として表題について発言を求められましたが、もとより医業に関して殆ど門外漢に等しく、有意義な事は云えませんが今迄の自院の医業経営の推移を振り返って責を果たしたいと思えます。

設備投資には、設置や導入が即増点に結びつくものと、そうではなくて直接増点にならないが中長期的に有効な戦略的なものの2つに大別されると思われます。

前者には画像診断機器(レントゲン、CT、MRI、超音波、骨塩定量、RI等)や血液

検査機器、(呼吸)心拍監視、心電計、F C R (単純撮影で1件72点加算)、リハビリ施設の充実、(理療Ⅲ、Ⅱ、Ⅰへの格上げ)や入院時食事療養届けによる種々の加算(最高で1日123点)等がある。後者には内外装やトイレ(男女別)植栽等アメニティを含めた医院の新築増改築(食堂加算にも関連)や事務機器による迅速化と省力化、手術機械の購入(クリーンルーム、イメージを含む)広告宣伝費、患者送迎バス、(当市に特長的)等があり、書籍代や学会出張等も設備投資の一環と云えます。当市は周辺町村を合わせて40~45万人を対象

に医薬大、県立病院(800床新築)市民病院(700床)日赤(450床新築中)済生会等の公立大病院と30の開業医(内無床12)がひしめき、その上鍼灸院接骨院が極めて多く、特に接骨院は市内だけで徳島全县に匹敵する160施設以上で全国でも有数の整形外科過密地域と云えます。本セミナーでは以上の状況下で小院がどのような経営の推移を辿っているかを特にMRIの導入が患者の動向や医業収入に及ぼす効果を主体にいささか分析しお示ししたいと思います。

V 第9回JCOA学会(和歌山)第1回準備委員会の報告

日 時：平成7年1月22日

出席者：中村、加納、盛、青木、南、武用(和歌山)

尾崎、林(奈良)

橋本、中島(滋賀)

長田(大阪)

欠 席：京都、神戸

- 1 学会長挨拶(中村)
 - 1) スローガン：つれもていこら和歌山へ
 - 2) モットー：質素、充実
 - 3) 学会長テーマ：整形外科医の存在理由と資質向上
- 2 JCOA学会開催要項説明(青木)

H8.6.15(土)総会 和歌山ターミナルホテル

H8.6.15(日)学会 県民文化会館
- 3 午前と午後のパネルディスカッションの間に保険問題の講演をいれることに決定。講師として舟越先生をお願いする予定。できれば研修単位を申請。(後日、舟越忠、三橋稔両先生に決定)
- 4 展示の方法について
見てもらう時間があまりないので一考を要する。中村会長より近畿ブロックより各県で一題ずつ出してほしいとの依頼があった。
- 5 パネルのテーマについて加納プログラム委員長より過去のテーマ及びアンケート結果の説明があった。結論として次の二題に決定。
 - 1) 高齢者の大腿骨頸部骨折の治療
 - 2) オステオポロシスの診断と治療
(内科、婦人科のパネリストもいれる)
- 6 大震災の義援金の問題が尾崎先生(奈良)より提案され了承された。
- 7 次回近畿ブロック会はH7.5.14or21の予定(奈良)。
(実際にはH7.7.1に開催された)

VI 日本理学診療医学会幹事会報告

開催日時：1995年7月8日(土)午後5時から6時
会 場：ホテルニューオータニ佐賀

OCOA理事・理学診療医学会幹事 坂 本 徳 成

1. 会長挨拶、報告
第7回学術集会開催に当たっての報告があった。
 2. 庶務報告
事務局より下記の報告があった(資料1)。
 - ① 会員動向
平成7年6月23日現在2,117名であり、地域によりばらつきがある。
 - ② 事業報告
昨年度の学術集会開催、会誌発行、各種委員会開催および厚生省との懇談会についての報告があった。
 3. 活動報告
 - ① 日本医学会加入について
桜井先生より現状報告がされた。
 - ② 本学会と関連学会との合同作業について
下記の委員会の報告があった。
 - a. 日整会理学診療委員会について
(腰野先生)
 - b. リハビリテーション医学会物理療法機器検討委員会について
(岩谷先生)
 - ③ 厚生省との話し合いの経過について
高瀬先生より平成7年2月2日、5月26日、6月22日の懇談会報告がされた。
 - ④ 物理療法機器故障・修理に関する調査報告
岩谷先生より報告された(資料2)。
 - ⑤ 医療機器保守点検制度について
(財)医療関連サービス振興会での医療関連サービスマーク制度について報告がなされた(川村先生)。
 4. 委員会報告
 - ① 編集委員会
第7巻より年4冊の季刊とすることで報告があり、了承された。
 - ② 物理療法機器評価委員会および物理療法機器作業委員会
山本先生より報告がなされた。
 5. 決算報告
事務局より収支決算の報告があった。
 6. 監査報告
服部先生より監査報告があり、決算報告が承認された。
 7. 1995年度活動方針案審議
下記の事業予定が承認された。
 - ① 学術集会開催
 - ② 学会誌の発行(第6巻1、2、3号)
 - ③ その他
 8. 1995年度予算案審議
1995年度の予算が承認された。
 9. 役員選出
下記の如く決定された。
 - ① 次々期副会長
札幌医科大学整形外科の石井清一教授が選出された。
 - ② 新常任幹事
渡辺英夫教授と白井康正教授が選出された。
 - ③ 新幹事
富永通裕先生、酒井直隆先生、奥泉雅弘先生の3名が選出された。
- * 幹事の推薦の書式としては、承諾書と幹事2名の推薦書が必要であることが確認された。
10. 会員、賛助会員の増加計画について

高山先生より説明があり、今後も努力することです承された。

11. 次期会長挨拶

日本医科大学整形外科の白井康正教授より挨拶があり、第8回日本理学診療医学会は平成8年7月7日東京都の大手町サンケイ会館で開催する予定が述べられた。

12. その他

① 学会が果たす社会的貢献の内容などについての質問があり、高山先生より回答がなされた。

② 学会奨励賞について

・山本先生、白井先生より学会奨励賞の存在をもう少し宣伝すべきであるという意見が述べられた。

・今回の選出方法が渡辺会長より説明された。

以上が、日本理学診療医学会事務局よりいただいた幹事会の議事録であります。会議より感じ得た私的意見としては、

◎ 第7回と回を重ねるたびに学会として充実して来たように思われる。

◎ 理学診療科という公的に認められた標榜科を受け皿にした学会であるように努力している。

◎ 物理療法機器では、その機能・性能と、故障・修理に関する保守点検制度について、日整会、リハビリテーション医学会と協同で検討会を行っている。

◎ 日本医学会への加入、更には、厚生省との積極的な懇談、日本理学診療医学会の法人化へ向けての足場固めが行われている。

◎ 学会の法人化問題と同時に、理学診療医学会の認定医の件が昨年度より取り上げられ、前進しているように思われる。標榜科と認定医、又、一学会一認定医という基本理念にもとづき、将来の重要課題と考えられる。

◎ 来年度の学会は、平成8年7月7日(日)、日本医大・白井教授のもと、東京・大手町サンケイ会館で開催されますので、多数のご参加を願います。

資料1-1

日本理学診療医学会専門分類	
平成7年6月23日現在	
開業医 整形外科	696
整形外科・理学診療科	442
整形外科・理学診療科・リハビリ科	42
整形外科・リハビリ科	9
理学診療科	8
リハビリ科	1
その他	13
計	1,211
勤務医 整形外科	765
整形外科・リハビリ科	48
整形外科・理学診療科	38
リハビリ科	18
理学診療科	13
整形外科・リハビリ科・理学診療科	6
その他	18
計	906

日本理診療医学会県別会員数

平成7年6月23日現在

県名	会員数	勤務医	開業医	県名	会員数	勤務医	開業医
北海道	68	29	39	滋賀	17	4	13
青森	11	5	6	京都	52	25	27
岩手	13	9	4	大阪	172	67	105
宮城	55	25	30	兵庫	92	53	39
秋田	15	6	9	奈良	34	12	22
山形	16	8	8	和歌山	21	8	13
福島	34	16	18	鳥取	12	9	3
茨城	24	8	16	島根	28	11	17
栃木	64	26	38	岡山	26	15	11
群馬	18	8	10	広島	49	8	41
埼玉	60	14	46	山口	32	15	17
千葉	51	24	27	徳島	41	14	27
東京	283	164	119	香川	19	8	11
神奈川	133	60	73	愛媛	70	23	47
新潟	24	6	18	高知	52	36	16
富山	33	5	28	福岡	145	46	99
石川	33	10	23	佐賀	27	20	7
福井	20	12	8	長崎	16	5	11
山梨	12	6	6	熊本	19	14	5
長野	21	9	12	大分	10	2	8
岐阜	35	12	23	宮崎	25	9	16
静岡	44	9	35	鹿児島	14	5	9
愛知	64	23	41	沖縄	3	2	1
三重	10	1	9				
合計					2,117名	906名	1,211名

医師以外の正会員数 4名

資料2.

物理療法機器使用実態調査結果報告

1995-07-08

調査目的：各施設が使用中の物理療法機器の種類、機種、製造所、使用年数、頻度、保守点検頻度、故障・修理歴を調査し保守点検に関する基礎資料とする。

調査方法：調査表によるアンケート調査

1995年3月

調査依頼先：日本理学診療医学会の幹事104名
開業：33、大学：41、公的病院：19施設

回答数：51施設(54.8%)

開業：15、大学：24、公的病院：12施設

結 果：

① 使用機器の総数と種類と一施設当たりの
平均所有台数

機器種類	総 台 数		1施設当たり 平均所有台数	1日当たり 平均使用頻度	故障台数	故 障 率 年間故障回数	使用年数 平均年数	機 器 故 障 率
牽 引 装 置	122 台	16 %	2.4 台	16 人	60/122	0.16	11.7	0.17
低 周 波	168	23	2.3	10	61/168	0.37	9.6	0.12
マイクロ波	69	9	1.4	10	32/69	0.45	11.5	0.2
超 短 波	12	2						
赤 外 線	16	2						0.06
紫 外 線	3							
レ ー ザ ー	17	2						
ホットバック	77	10	1.5	40	24/76	0.19	10.1	0.05
パラフィン	34	4						0.06
冷 却	17	2						0.15
超 音 波	32	4						0.01
運動訓練用	128	18						0.07
マッサージ	17	2						0.07
水 治 療	39	5						0.06
そ の 他	11	1						
計	762							

② 修理に要した日数

	半 日	～ 1 日	～ 2 日	～ 3 日
牽 引	18	13	5	6
低 周 波	6	14	4	6
マイクロ波	10	3	8	4
ホットバック	8	3	4	4

③ 故障内容

牽引装置 1、ワイヤーベルトの破損 2、
電源の故障 3、タイマー故障
4、その他

低周波 1、コードの断線 2、ヒューズが
切れやすい 3、電極の消耗 4、
フィットスイッチの誤動作

マイクロ波 1、タイマー、アンテナケーブ
ル、電極プラグの故障 2、電
球切れ 3、電極消耗 4、出
力不良

ホットバック 1、IC回路接触不良 2、
サーモスタット、ヒーター故
障 3、タイマー故障

「成長期のスポーツ障害」

—その予防と治療—

(平成7年6月3日第63回O C O A研修会講演内容をテープにより収録しました)

大阪大学整形外科 教授 越 智 隆 弘

成長期でのスポーツ障害は社会的な取り組みが重要である。高校野球連盟(以下高野連とする)でも平成5年7月にそれに関する会合がもたれた。整形外科医の協力が大切である。全日本野球会議はアマチュアとプロが一緒になって作られており、広い範囲で障害に取り組もうとしている。

本日は主にどのように指導体制がとられているかを紹介したい。

ピッチャーの障害について：平成5年8月の全国高校野球大会前に実情を調べた。130名の投手中、レントゲンで肩でひっかかった者はなかったが、肘では内側剝離骨折を伴った内側側副靭帯損傷が14例、関節ねずみ11例、計25例がすでにレントゲンで障害があった。20%弱である。プロのピッチャーで断裂性骨軟骨炎があって、先発完投型のピッチャーはいない。大抵は中継ぎ、リリーフであり、これは成長期の障害の遺残と考えられる。いつ頃障害がおきたかを問診したが、肘の痛みは中学生13名、高1、13名、高2、3では少し減る。肩では小・中学生で本当に痛みがあると野手が変わっているので実情でないかも知れない。130名中故障経験者が91名(遺残していた者を含め)であった。理事会ではスポーツ障害の予防研修会を行うこと、ビデオを作ることが決まった。内容は監督、コーチを対象として肘、肩障害の発生予防、特に成長期に障害をもった選手の見つけ方を教えること、

かかりつけのスポーツドクターをもつこと、治療法を教えておくこと、障害予防のトレーニングメニュー、結びとして新入部員をメディカルチェックをしておき新しい傷か古い傷か分かるようにする、診察には指導者も同伴すること等である。全国6地区でシーズンオフに指導者講習を行うことに決まった。第1回はピッチャーの肩、肘に対して行った。

肘について：障害機序について。投げる時には橈側に強い圧迫力が働き、圧迫部に壊死を生じ関節ねずみが出る。痛みの時期にノースローとする。尺側では牽引力が働くので側副靭帯がやられる。成長軟骨が止まる前には剝離骨折をおこす。この状態で野球を続けると高度な靭帯損傷となる。大学やプロ選手でも靭帯損傷をおこすことがあるが、大半は成長期の障害の繰り返しによるものであり、完全断裂をおこす例もしばしばある。尺側内側骨片は関節ねずみではなく、靭帯損傷の陳旧例の証拠である。プロに入っても先発完投型になれない。評価法としてはMRIが一番判りやすい。しかしオーダーを出して切り方を指示する必要がある。T2像でキラキラした脂肪組織の外側に側副靭帯の像が不明瞭にうつる。ストレステスト、関節造影では把握できない。手術では所々に癭痕ができ、切れかけては治るという像が見られる。ドラフトをくぐり抜けてプロのピッチャーになった例で最初から肘が痛い例では、靭帯が全部癭痕化

していた。PL(長掌筋腱)で再建術をおこなっている。2軍戦で投げればexcellentであると考えられる。成長期にこういうことを起こさないことが大切で致命的な損傷を防ぐことが最大の治療である。昨年の夏の大会で急に肘痛を訴えた症例があるが、内側の剝離骨折と診断し投球を禁止して3ヵ月で治った。

外上果の圧迫壊死では痛みを起こした時にノースローを3ヵ月させると治ってくる。監督にはスポーツ医と懇意になるようすすめている。ノースローの期間は長い目に言う。2~3週間で治ると言った場合、その時点で治らなければ選手が落ち込み、周りも何故投げないのかと言う。長い目に言う方が現実的で親切である。成長期で剝離骨折を疑う場合は1ヵ月ノースローとする。外側骨軟骨炎は3ヵ月。野球を止めよというのは非常に酷、野手への変更への指示が現実的である。最初からメディカルチェックをしておき、陈旧例なら1~2ヵ月のノースローの後投げさせる。大学、プロでも1ヵ月以上必要。オーバーユースの場合は2~3週で投げられることもある。何ヵ月という単位で言った方が現実的である。

肩の障害：投げすぎによりrotater cuffの炎症を起こしbursaに炎症がおこり肩が挙がらなくなる。所謂painful arc症状が出る。1kgの鉄壘鈴を90°以上挙げられない。体を捻ってトリックプレーをする。ノースローが必要である。早期発見できるようにトレーニングメニューに取り入れるとよい。ノースローの間、下半身や体幹を訓練すること、走る時に肩に力を入れる人は炎症をおこすので注意すること。痛みがとれれば徐々に内容を増す。外傷、打撲の時はアイシングを3日しその後は温める。over useの時は温めるよう指示する。ストレッチの方法はビデオに入れて指導者講習会で教える。3日以上症状がつけば整形外科受診をすすめる。診察の時に投げたい気持ちから注射、薬を求めないよう指導する。

精査をすすめられれば従う。ただ選手が痛みのため夜寝られないのは翌日調子を悪くするので消炎鎮痛剤は夜間痛除去の目的で使用する。試合前に用いるのは意味がない。ユニホームを着てグラウンドに出れば大抵の痛みは消えてしまうものである。腱板の断裂は縫合ができるが術後に生きた球は投げられない。rotator intervalのゆるみは保存的に治療できる。臼蓋唇の損傷は、関節鏡で手術をして投げられるようになるが、又次の部分が悪くなり結局ピッチャーとして復帰できない。腱板炎の段階でのノースローが一番大切であり、2日位で挙上できるようになる場合もある。1kgの鉄壘鈴が持ち上がるかどうか炎症が消失したかどうかの決め手となる。1週間以上挙上制限があれば造影、MRIの検査が必要となる。rotator intervalのゆるみ程度なら3~4ヵ月の投球禁止でよい。

回復期の投球について：肩が挙がるようになればキャッチボールを始める。10m位から始め、1~2日で大丈夫なら20m、ついで30m(ホームと2塁)、最後は50m(外野とホーム)のキャッチボールをやらせる。その後ピッチングを許可する。まずネットを置いて基本的な投球練習をするが、スパイクをはかせない。スパイクをはかせると肩に力が入る。ついでスパイクをはかせて投げさせるが、キャッチャーは立たせておこなう。最後にキャッチャーを座らせて投げさせるが、球数をおさえる。十分段階をふんで投げるという指導が必要である。

全般的なトレーニング：体の軸がしっかりしないとブレて肩、肘に負担がかかる。体幹、首から腰、下肢を含めてトレーニングを十分やってから、肩、肘をというように指導する。講習会でのディスクッションで、高2、高3の生徒で成長の早い者、遅い者をどう判定するか質問があった。身長伸びで振り分けるのがよい。高1、高2で身長伸びる人は成長軟骨が残っているし、伸びない人は成長が

止まったと考えて、後者はトレーニングメニューを重くする。

トレーニング中の早期診断について：1kgの鉄亜鈴を前後、横に振らせる。この時に腕の動きをみる。肘が伸びないとか曲がらないなら肘が悪い。拳がならないなら肩が悪い。本人が大丈夫といってもノースローとする。

投球後は、肩の筋肉に血液が充満しており、点状出血もみられることもあり、アイシング10～15分でクールダウンをする。始め慣れずに気分が悪いと言う人があるが、その時は5分位にして止め、徐々に延ばす。その後整備体操をして帰す。試合後のインタビューはアイシングをしながら受けるよう指導する。

平成5年度の講習会には、6地区の高野連2,542校(3,018人)、少年野球指導者752人、計3,745人が参加した。ビデオは高野連には無料配布した。

ピッチャーの出場禁止規定について：大会前、大会中の投手の関節機能検査を行い、肩、肘に重大な障害(腱板断裂、肘関節剝離骨折、靭帯断裂)がある時は、運営委員会が医師の報告をうけて大会での投球を禁止する。但し野手での出場はよい。複数投手が望ましい。15人のベンチ入りを16人に増やす。但し必ずしも投手でなくてよい。これにより肩、肘の炎症症状の保有率が下がった。平成5年の夏には肩が拳がらない投手が多かったが、平成6年の春、夏は減少した。しかしレントゲン

での障害保有率は変わらなかった。

母親が少年野球について来て、自分の子供を出場させよという問題がある。母親をはじめとした全体の盛り上げが大切であろう。全日本野球会議では(演者もその内の一人)社会的に目ざめさせるにはドラフトの前にレントゲンを添えてドラフトにかけるとインパクトがあるという意見も出た。

腰の問題：成長期では腰椎分離症が問題となる。在阪プロ野球二球団(阪神、近鉄)の選手71名中38名に分離症(54%)があった。分離症があってもトッププレーヤーになれるということである。問診をした所、14歳～18歳が腰痛を訴えている。2～3ヵ月休んで痛みがなくなれば野球はやれる。

腰椎椎間板ヘルニア：MRIでわかる。経皮髄核剔除術を希望する人もいるが保存的治療が多い。ヘルニアの場合麻痺でバッティングでの踏ん張りがきかない時がある。2ヵ月位休ませる。陳旧例では1～2週間激しい運動を避ける。その後は復帰プログラムにそって練習をする。

以上であるが、競技団体が動き始めると全体が動くようになり、それに伴って整形外科医が対応せねばならない要求が出てくる。日本医師会スポーツ医の役割は今後益々増加するものと思われる。

(文責 堀木 篤)

慢性関節リウマチの外科的治療について

関西医科大学 整形外科講師 赤木 繁夫

骨膜炎として始まるリウマチ病変は病期の進行に伴い徐々に関節軟骨、軟骨下骨、関節包等の関節支持組織を破壊し、種々の機能障害を引き起こしてくる。これらの全ての病期をとうして如何に滑膜炎を抑制するか、あるいは関節の拘縮等の機能障害の出現を防ぐかということが治療の主目的であり、その為には内科的治療やリハビリテーションの重要性は言うまでもない。これらの治療体系の中でタイミングよく外科的治療を組み合わせることにより、リウマチ病変の進行を遅らせたり、機能障害を改善し、よりよいADLを獲得できることがある。RAに対する外科的治療には内科的治療によりコントロールできない滑膜炎に対して消炎、除痛効果を目的として行われる滑膜切除術と、既に関節破壊が進行し機能障害を有する関節病変に対する機能再建術に分けられる。

滑膜切除術は昭和30年頃より、上肢では肘、手、手指関節、下肢では膝、足関節に対して盛んに行われた。当初は本手術によりRA性関節破壊の進行を制御することを期待して行われたが、術後長期観察例の検討から必ずしも期待されたほどの病変進行抑制効果があるわけではないことが判ってきている。そのことに加えて最近の薬物療法の進歩により、滑膜炎のコントロールがなされるようになり、その手術頻度は減少してきているのが現状であるが、炎症のコントロールが困難な症例が存在することは事実であり、本手術の意義は尚あると考えている。

関節機能再建術は切除関節形成術、関節固定術、人工関節置換術が代表的なものである。切除関節形成術は前足部、遠位橈尺関節に行われることが多く、痛みを伴う前足部変形や前腕の回内外制限に対してきわめて有用であ

り、施行頻度は高い。関節固定術は足関節や、手関節等の可動性という点で比較的機能的要請の少ない関節に対して行われることがある。支持性の獲得、除痛効果という点で本手術に優る手術はなく、症例によっては有用な方法である。最近の人工関節置換術の進歩は著しく、RA患者に、特に下肢機能の再建という点で福音をもたらしたことは言うまでもない。我々の教室においても、RA手術の中心となっている。移動動作の維持ということはRA患者のQOLの維持にとって最も重要な点であり、本手術の意義は大きい。主に、膝関節及び股関節に対して行われているが、いずれ良好な臨床成績が獲得されている。そのほか肘関節、肩関節、足関節に行われることがあるが、耐久性の問題があり一般化されるには到っていない。

最後にRA患者のADLに影響を与える病変として頸椎病変の存在を忘れることはできない。RAにみられる頸椎病変としては環軸椎亜脱臼、垂直性脱臼にみられる上位頸椎病変と中下位頸椎での亜脱臼とがある。関節病変の外科的治療指針については確立された感があるのに対して、頸椎病変の外科的治療についてはそのタイミング、方法等未だ議論の分かれるところであり、診察医の哲学によるところもある。最近の進歩の著しい種々の画像診断や電気生理学的診断により、より適切な手術時期や方法の検討がなされていくものと思う。

以上、主に行われるRAに対する外科的治療について簡単に述べたが、最も重要なことはRAという長期に及ぶ疾患を如何にうまく管理し、患者さんの立場にたった全人的医療を志し、よりよいQOLを獲得することが治療の主目的であり、外科的治療は時に選択されることもある一手段にすぎないことを強調しておきたい。

一人医療法人と財産管理法

関総研代表 公認会計士 関

博

(1) 医院の経営課題

筆者は公認会計士事務所を開設して17年、その間医療経営専門の会計士として数多くの先生方の悩み、相談にあたって来ました。17年の経験から医院の経営課題は、次の三つに集約されると思います。

1. 財政基盤の強化
2. 老後資金の確保
3. 相続承継対策

1の内容は所得の分散による可処分所得の増加対策です。又サイフを区分する事により経理内容がより鮮明になり、いやな税務調査もクリアします。さらに所得の分散は資産の分散を可能にし、3の相続対策に通じます。

2の内容は退職金です。日本の税金で一番安いものと言えば、ズバリ退職金です。勤続年数10年で退職金5,000万円もらった時の手取額は3,931万円、これを給与でもらった時の手取額は2,544万円、実に1,387万円の差です。退職金を老後の資金に充当して下さい。周知のとおり、退職金は法人を設立している場合にとれ、個人事業ではとれません。

3は相続税の問題です。医業は開業時に多額の資金を必要としますので、資本集約型の産業といえます。多くの先生方は開業に借りた借入金をせっせと返しますが、やっと返済が終わる頃丁度御息が医大に入学する時期を迎えます。こうして結局残るのは不動産と言うことになります。私は先生方の経営課題はズバリ以上の3つをクリアする事だと確信しています。ではどうすればクリアできるかを検討してみましょう。

(2) 青色申告の発生

青色申告の先生は、奥様に専従者給与を払うことで多少の所得の分散が可能ですが、薬

剤師等の資格がない場合は500万円～600万円以内に抑えられているのが実状です。

又税務調査の際も事業経費が家計費かの経費性の有無が常に問題となります。従って、1の財政基盤の強化は弱いといえます。

次に2の退職金ですが、法人ではないのとれません。一方、小規模共済制度はありますが、老後の安定資金としては不十分です。最後の相続対策が一番問題となります。所得が院長に集中してしまうので、財産の大部分院長名義になり、相続問題は避けて通れません。結局青色申告の先生は、3つの経営課題のいずれもクリアすることが出来ません。

(3) メディカルサービス法人の設立

昭和60年12月、医療法の改正によっていわゆる一人医療法人が認められるまでは、メディカルサービス法人、いわゆるMS法人の設立がなされました。MS法人に財産を移せば相続税の問題もクリア出来ます。つまり私の言う三つの課題はMS法人で全てクリア出来ますが、一つだけ困った問題があります。それは平成2年福岡地裁でMS法人の否認に関する判決が出たので、税務署がMS法人を目の仇にしていることです。例えば今所得4,000万円の先生がMS法人を設立して所得を半分の2,000万円にし、他をMS法人に移したと仮定します。4,000万円の所得に係る所得税と地方税の合計は2,179万円、対策後の所得2,000万円に係る税金の合計は879万円、実に1,300万円の節税です。税務署の個人課税部門にしてみれば今までの高額所得者が急に税金を落としたものですから一斉に厳しい税務調査を実施しました。特にMS法人に支払った業務委託費の妥当性が中心になった訳です。私の所属しているMMPGの全国調査でも、

現在数件の裁判中の事件も発生しています。税務当局はMS法人を脱税に近いペーパーカンパニーと見做しているからです。

(4)一人医療法人の設立

昭和60年12月から一人医療法人の設立が認められました。一人医療法人の制度化を待望していた私は、セミナー等で先生方に一人医療法人の必要性を訴えました。平成4年度の資料によれば、一人医療法人の設立状況は下記の通りです。

	医 科	歯 科
大 阪	1,283件	220件
東 京	846件	268件

筆者は一人医療法人の推進論者ですが、現行の制度は若干問題を持っています。ひとつは配当禁止です。協同組合が、10%以上の配当をしてはならない見返りとして、法人税は27%に抑えられていることに照らすと公平を欠くと言えるでしょう。二つ目は、事業税の問題です。次の税率表を見て下さい。

(法人税率)

区 分	税 率	備 考 欄	
資本金1億円以下の会社 や人格のない社団等	年300万円以下	28 %	医療法人
	年800万円超	37.5 %	
資本金1億円超の会社	一 律	37.5 %	
協同組合等、公益法人等 特定医療法人	一 律	27 %	

(事業税率)

区 分	税 率	備 考 欄	
一般の営利法人	年350万円以下	6 %	
	年350万円超～ 700万円以下	9 %	
	年700万円超	12 %	
	年350万円以下	6 %	
特別法人	年350万円超	8 %	医療法人
個人病院	一 律	5 %	

(配当について)

区 分	規 定
一般の営利法人	商法上の規定内でOK
協 同 組 合	10%以上の配当禁止
医 療 法 人	禁 止

医療法人の事業税は、一般営利法人と比較して一見有利に見えますが、個人医院は5%なので有利とは言えません。少なくとも筆者は配当禁止ならば、法人税の税率は当然協同組合の一律27%にすべきと考えます。さらに、相続贈与の際の出資金の評価は、現行の持分に応じた時価評価額ではなく、払込出資金を限度として評価すべきと考えます。

著者自身、医療法人はすぐれた制度であると考えています。しかしながらパーフェクトではなく、一部分欠陥を持っています。それが配当禁止事項です。私は、医療法人を補完する意味で「財産管理法人」を考えています。次の表を見て下さい。①個人で青色申告のケース、②個人から医療法人を設立したケース、③医療法人に財管法人を併設したケース、④個人から医療法人と財管法人を併設したケースをシュミレーションしてどのケースが一番有利かを算出してみました。

表1からわかること

- ① 個人で申告している先生が医療法人を設立した場合は、6.1%～16.6%の範囲でメリットが出る。
- ② 今医療法人を設立している先生が財管法人を併設したら、7.8%～21.3%の範囲でさらにメリットが出る。
- ③ 個人の先生が医療法人と財管法人を併設して新たに設立したら、23.3%～28.1%の範囲でメリットが出る。

以上のことからいえることは、個人から医療法人を設立する場合は、先生の所得水準でメリットにムラが出てくること、つまり所得1億円の先生は16.6%のメリットを享受するが、所得3,600万円の先生は6.1%しかメリットが出ないことがわかります。それに比べて財管法人を設立した院長は、どの所得でもムラなくメリットを享受できます。

表1. 個人対医療法人、及びそれぞれに“財管法人”を組み合わせた場合の実質負担税率比較表

(単位%)

所得 万円	区 分	個 人			医 療 法 人				差 引	
		所得・住民税	財管法人負担税	合計Ⅰ	法人負担税	個人負担税	小計	財管法人負担税		合計Ⅱ
2,200	無	42.2	—	42.2		35.4	35.4	—	35.4	6.8
	財管有	20.1	0.0	20.1		15.4	15.4	0.0	15.4	4.7
	差引	22.1	0.0	22.1	0.0	20.0	20.0	0.0	20.0	個人-財管-医療法人 25.0
2,500	無	46.0	—	46.0		38.3	38.8	—	38.3	7.2
	財管有	22.3	0.0	22.3		17.9	17.9	0.0	17.9	4.9
	差引	23.2	0.0	23.2	0.0	20.9	20.9	0.0	20.9	28.1
3,000	無	48.6	—	48.6		41.8	41.8	—	41.8	6.8
	財管有	25.1	0.0	25.1		20.7	20.7	0.0	20.7	4.4
	差引	23.5	0.0	23.5	0.0	21.1	21.1	0.0	21.1	27.9
3,600	無	51.3	—	51.3		45.2	45.2	—	45.2	6.1
	財管有	25.3	2.0	27.3		21.9	21.9	2.0	23.9	3.9
	差引	25.5	-2.0	23.5	0.0	23.3	23.3	-2.0	21.3	27.4
4,200	無	53.3	—	53.3	4.7	38.7	43.4	—	43.4	9.9
	財管有	26.6	3.6	30.1		22.7	22.7	3.5	262.	3.9
	差引	26.7	-3.5	23.2	4.7	20.7 16.0		-3.5	17.2	27.1
4,800	無	54.7	—	54.7	9.1	33.9	43.0	—	43.0	11.7
	財管有	27.6	4.7	32.3		23.7	23.7	4.7	23.4	3.9
	差引	27.1	-4.7	22.4	9.1	10.2	19.3	-4.7	14.6	26.3
5,400	無	55.9	—	55.9	13.0	30.1	43.1	—	43.1	12.3
	財管有	28.2	5.7	33.9		24.5	24.5	5.7	30.2	3.7
	差引	27.7	-5.7	22.0	13.0	5.6	18.6	-5.7	12.9	25.7
6,000	無	56.7	—	56.7	16.1	27.1	43.2	—	43.2	13.5
	財管有	28.8	6.9	35.7		25.4	25.4	6.9	32.3	3.4
	差引	27.9	-6.9	21.0	16.1	1.7	17.3	-6.9	10.9	24.4
7,000	無	58.0	—	58.0	20.1	23.3	43.4	—	43.4	14.5
	財管有	29.7	8.5	38.2	0.5	25.7	25.2	3.5	34.7	3.5
	差引	28.3	-8.5	19.3	19.6	-2.4	17.2	-8.5	8.7	23.3
8,000	無	58.9	—	58.9	23.1	20.4	43.5	—	43.5	15.4
	財管有	30.3	9.6	39.9	2.6	22.4	25.0	9.6	34.6	5.3
	差引	28.5	-9.5	19.0	20.5	-2.0	18.5	-9.5	8.9	24.3
9,000	無	59.5	—	59.5	25.7	18.1	43.5	—	43.5	15.9
	財管有	30.8	10.5	41.3	4.7	20.0	24.7	10.5	35.2	6.1
	差引	28.7	-10.5	18.2	20.8	-1.9	18.9	-10.5	8.4	24.3
一億円	無	60.1	—	60.1	27.2	16.3	43.5	—	43.5	16.5
	財管有	31.0	11.3	42.3	6.5	17.9	24.4	11.3	35.7	6.6
	差引	29.1	-11.3	17.3	20.7	-1.6	19.1	-11.3	7.8	24.4

注) 1. 医療法人の役員報酬は、財管法人がない場合の「所得」金額が3,600万円までを当数金額と同額とし、3,600万円以上では一律3,600万円とする。
 2. 財管法人がある場合は、表の「所得」金額から財管法人の所得金額(所定の計算による)を控除した金額について1.と同じ取扱をする。
 3. 財管法人の役員報酬は2.における財管法人の所得金額が、960万円までは当数金額と同額とし、960万円以上では一律960万円とする。
 4. 表の「医療法人」の項のうち、個人負担税は医療法人及び財管法人の役員報酬に対する税額の合計額である。

表2を参照下さい。所得3,041万円の田中院長の例です。田中院長が1,000万円の理事長報酬をとった時と、目いっぱい3,000万円の報酬をとった時のシュミレーション結果です。結論から言えば、医療法人を設立した場合、院長の給与をおさえて法人に利益を残

す方が節税になっています。

つまり、医療法人に利益を残せば残すほど全体として節税になるが、配当できないので院長個人の手元に資金が残らず、個人時代よりもかえって可処分所得が減ることになる訳です。

表2. 田中院長の可処分所得及び税金比較

		(単位 千円)		
		個人申告	1,000万円給与 医療法人	3,000万円給与 医療法人
院長税金	所得税	11,132	1,367	9,378
	地方税	4,184	808	3,668
	事業税	0	0	0
法人税金	法人税		6,395	116
	地方税		1,477	74
	事業税		0	0
専従/その他理事		782	782	782
税金合計		16,098	11,329	14,008
院長収入		30,413	10,000	30,000
理事収入		6,000	6,000	6,000
法人利益			20,413	413
所得合計		36,413	36,413	36,413
差引合計		20,315	25,084	22,405
個人負担生命保険料				
可処分所得		20,315	25,084	22,405
可処分所得の増加			4,759	2,090

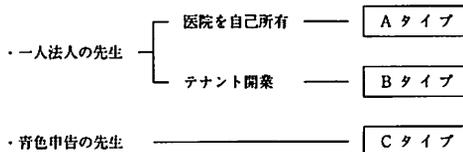
・所得30,413(千円)

所得控除350(千円)

(5) 財産管理法人の設立

財産管理法人は、院長の相続問題をクリアするために設立する法人です。筆者は次の3つのタイプが考えられると思います。

＜財産管理法人のタイプ別活用法＞



財産管理法人は、院長の相続問題をクリアする為に、相続税の課税対象となる財産(主として不動産)を院長個人にかかわって保有する法人です。何故法人に財産を保有させるかという、法人には相続税がかからないからです。過日、ビル王の森ビル社長が亡くなりましたが、発表された相続税はびっくりする程安かった旨の新聞報道を見られた先生方も多いと存じます。タイプ別のポイントは次のとおりです。

【Aタイプ】

- ・先生は、まとまった資金を出資して財産管理法人を設立する
- ・財産管理法人は、その資金をもとに個人から医院建物・敷地を買い取る
- ・資金不足の場合には、借地権付き建物を買取る
- ・財産管理法人は不動産賃貸業・事務部門の請負業務を担当する

【Bタイプ】

- ・財産管理法人を設立し事務部門の請負業務を担当させる
- ・所得の分散を図り、財産管理法人に利益を蓄積する
- ・財産管理法人は蓄積された資金により個人から不動産を買い取る(新規で購入する)

【Cタイプ】

- ・財産管理法人を設立し事務部門の請負業務を担当させる
- ・所得の分散を図り、財産管理法人に利益を蓄積する
- ・医院不動産の相続税に対しては、小規模宅地等の減額を効果的に活用する

特に、著者は社債に注目しています。現在、大口定期1億円しても、手取り160万円ぐらいいしかなりませんが、このスキームを使うと院長の手取りを3倍にすることが可能です。財産管理法人の財産の運用に応用しています。

(6) 「財産管理法人」を必要とする病医院は？

以上述べてきました通り、財産管理法人の目的は、①医療と経営の分離②配当の確保③相続対策④老後の安定でした。当該法人を必要とする病医院は次のとおりです。

- ①診療所の土地建物を所有している院長
- ②外科・整形外科・産婦人科等比較的多くの職員をかかえているところ
- ③バブルのとき銀行等の勧めで不動産投資をし多額の借金をかかえて資金繰りに困っておられる院長
- ④一人医療法人は設立したが、後継者がいない、又は子供がまだ継ぐかどうか不明のところ
- ⑤はっきりと後継者がおり、スムーズに医業承継をしたい院長
- ⑥有床診療所をやめるかどうか検討中のところ
- ⑦個人病院で相続対策が必要なところ
- ⑧一人医療法人を設立するか、別法人を設立するか迷っておられる院長

(7) 結論

個人か法人かと聞かれたら、私は財政基盤を強化する為に「一人医療法人」の設立をまずお勧めします。しかし、「一人医療法人」は配当が出来ないという法的欠陥を持っています。

す。その為に理事長報酬を年3,000万円以内に抑えるべきなのに、5,000～6,000万円もとっておられる院長も見受けられます。又、自宅と診療所が併設の診療所は、自宅部分を医療法人に移せませんし、手続等が面倒で院長個人の相続対策が進んでいない診療所の相談事例が増えています。従って筆者は一人医療法

人の欠点を補完する意味で「財産管理法人」が必要であると考えます。

「財産管理法人」についてのお問い合わせは
06(231) 1 3 1 3
関総研 医療事業部
税理士 北條 勝紀まで

利き手とその変換

(平成6年度大阪府医師会医学会総会発表の要旨)

(医学研究奨励費助成研究)

堀木整形外科 堀木 篤
行岡病院 行岡 正雄

はじめに

外傷や脳血管障害などで利き手が障害された時にはADLに支障をきたすことは十分予想される。この場合非利き手を使用せざるを得ないが、その変換がどのようにして行われるのか報告は無い。我々は上肢健常者を対象に利き手の調査を行い、左利きの割合や右手使用の変換パターンを調査した。また片麻痺患者を対象に利き手変換の実態、要した期間、失語との関係についても調査したので報告する。

対象と方法

上肢健常者1,521人(男618人、女903人)および片麻痺患者20人(男12人、女8人)を対象とした。

結果

上肢健常者の成績

- (1) 男は平均49.4歳(12歳～85歳)女は平均52.8歳(9歳～90歳)であった。
- (2) 利き手の割合は、男では右利き552人(89.3%)左利き66人(10.7%)、女では右利き830人(91.9%)左利き73人(8.1%)であった。
- (3) 家系内左利き頻度 右利き群では10.3%であるが、左利き群では32.3%と高い(表1)。

(4) 利き手の変換 調査表(表2)をもとに調査をおこなった。右利き群では左利き動作への変換はなかったが、左利きの多くの人々が動作変換を行っていた。図1は各動作の変換率を示したものである。巧緻動作は63.1%変換されるのに対し上肢動作は29.1%の変換に止まる。また、男は39.9%変換されるのに対し、女は52.5%と変換率が高かった。

片麻痺患者の成績

- (1) 内訳は男12人、女8人、平均年齢60.9歳(38歳～85歳)で発症後6ヵ月以上経過した者を対象とした。脳出血16人、脳梗塞3人、脳腫瘍1人であり、失語ありが16人、なしが4人であった。
- (2) 図2は各動作の変換率を示す。巧緻動作は72%、上肢動作は69%変換率であった。
- (3) 変換動作数7以上の者について変換に要した期間を調べたところ平均15週であった。
- (4) 失語のなかった症例は変換され易かった。

結語

利き手は先天性要因が強い。利き手の変換は巧緻動作を中心に行われるが全ての動作が変換されるとは限らない。また変換には時間が必要である。

表1.

家系内左利き

	右利き群			左利き群		
	N	n	L%	N	n	L%
男	553	49	8.9%	66	17	25.7%
女	830	94	11.3%	73	28	38.4%
計	1383	143	10.3%	139	45	32.3%

親等による左利き頻度

	右利き群	左利き群
一親等に左利きがいる	4.0%	17.2%
二親等以内に左利きがいる	9.9%	29.5%

表2.

利き手調査表

	動作項目	右手 (R)	左手 (L)	両手 (B)
巧緻動作	ペンをもつ			
	箸をつかう			
	ハサミをつかう			
	包丁をつかう			
	針に糸を通す			
上肢動作	ボールを投げる			
	バットをふる			
	カナヅチをもつ			
	掃除機をもつ			
	雑巾でふく			

Laterality Quotient

$$LQ = \frac{R-L}{R+L+B} \times 100$$

完全な右利き : +100
完全な左利き : -100

図1.

利き手の変換

男 (変換率%) 女

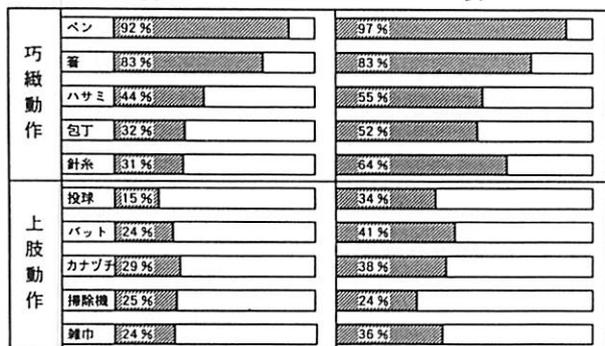
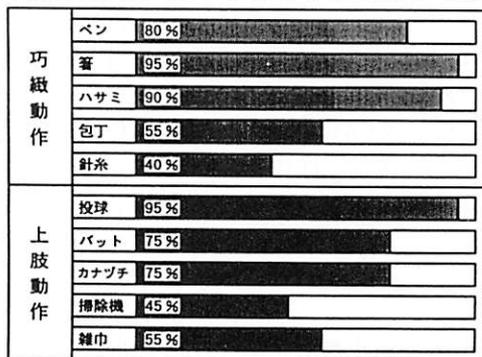


図2.

片麻痺患者における利き手の変換率 (%)



労災・自賠責医療の最近の話題について

大阪府医師会理事 三橋 二良

I. 労災・自賠責医療の現状

1) 労災の現状

① 現況

現在全国の事業所は、260万カ所、労災適用労働者は4,663万人、年間受傷者は64万人、年間死亡者は2,400名である。労災支出金は8,000億円(年金3,599億円、休業補償1,444億円、医療費2,449億円)といわれている。請求レセプト枚数は平成5年度で259万件。

労災の部分で不支給の問題は解決している。労災かくしが増加傾向にある。メリット制は強化するが緩和しない。労災かくしのポスターは、昨年医療機関に配布されたが事業所には配布していない。

② 労災点数改訂の主な特色について

平成6年5月労災改定が行われた。

1. 緊急性4項目を廃止し救急医療管理加算(労災特掲)

入院外の場合 1,000円

入院の場合 500円

2. 再就労療養指導管理料(労災特掲)2,400円

傷病労働者の主治医が、当該労働者の所属事業場の産業医に対し文書をもって情報提供した場合に算定できる。

3. 消炎鎮痛処置

1日につき3カ所を限度

4. 手指の創傷処理(労災特掲)

③ RIC契約は21,232医療機関(82.6%)。

労災インフォメーションをRICより毎月刊行している。剰余金は平成5年度より都道府県に還元している。

RICが行う貸付制度

④ 長期運転資金貸付制度

平成6年—4億9千950万円(251医療機関)

平成7年—2億6千840万円(95医療機関)

1件500万円(現行200万円に引き下げ)

⑤ 阪神淡路大震災に対する特別貸付制度

6億4千100万円(2年すえおきで一医療機関500万円ずつ。)

又、準備金の中から9億円貸し付けした。将来、共済掛金を1,800円に下げる。

2) 自賠責医療の現況

① 自賠責の支払金は2,700億円、過労死は74件、120万円以内のカバー率は平成3年、4年で83.7%、83.4%である。

自賠責保険傷害事故支払限度額120万円の引き上げを要望している。労働者より公的機関に30億円支出しているが、民間にも支出するよう要望している。

② J A全共連の自賠責への導入をみとめる。

③ 損保勘定の自賠責保険運用益の中から、阪神淡路大震災復旧援助について

1億4千500万円(病院90件、診療所20件)一軒約100万円を支給した。

④ 日医が全国都道府県に行った自賠責診療報酬算定基準等に関するアンケート調査結果(平成7年9月21日) 資料1。

日医は、9月21日の労災・自賠責保険担当理事連絡協議会でアンケート調査結果を公表した。それによると、今年6月30日現在、日医が求めている新基準を採用・実施しているのは28道府県、合意に達しているのは5県。新基準未実施地域(合意を含む19カ所)に対するアンケート結果では、4カ所が合意に達して実施期日が決定している反面、11カ所は合意の方向に進んでいないことが明らかになっ

た。健康保険適用などのルール化問題や、入院診療分収入に対する不安などが新基準の障害になっている。

未実施で採用のための協議が進んでいないとしたのは、「あまり進んでいない」を含めて11カ所。「健保の適用など周辺問題のルール化が進んでいない」(8カ所が回答、複数回答)、「入院のマイナスが予想され会員の理解が得にくい」(7カ所)ことが協議が進まない大きな理由。一方で採用を合意しているのは、山口、鹿児島、鳥取、佐賀、山梨(実施期日未定)の5県。合意には達していないが実施に向け順調に協議が進んでいるケースも3カ所あった。

新基準実施地域(28カ所)に対するアンケート結果からは、新基準採用で「外来診療分の収入は増加した」(23カ所)が、「入院診療分の収入が減少した」(17カ所)実態が改めて浮き彫りになった。ただ、トラブルに関しては、入院で14カ所、外来で16カ所が「健保適用件数が減少した」と回答。請求の事務手続きについても「特に問題(苦情)はない」と15カ所が答えただけ、支払期日も概ね2カ月以内で「だいたい守られている」を含めて27カ所で守られていた。値切りのトラブルも18カ所で減少した。また新基準実施後、損保各社が合意した内容を「守っている」としたのは22カ所に上った。JA共済は28カ所のうち23カ所が新基準を採用。しかし18カ所は協議会などの会合の場を設けていない。

全都道府県のアンケート結果によると、審査会あるいは苦情処理委員会を設置しているのは24カ所で半数以下。また三者協議会の開催頻度は年1、2回が23カ所で最も多い。27カ所が損保側当事者が協議会の内容を損保各社に確実に連絡していた。

⑤ 新基準採用状況 資料2。

全国で約3分の2(28カ所)の都道府県が自賠責新基準を採用。5県が合意に達している。関東甲信越の未採用が目されているが、今回山梨が合意に達した。今迄合意県であった静岡が姿を消してしまった。

⑥ 新基準実施地域における移行率調査結果について

最初に新基準を採用した栃木県から、今年1月実施の福岡県までの24道府県、9,553医療機関(国立、公的以外)を対象に行った調査結果が報告されたもので、6月30日現在で7,761医療機関が新基準を採用、移行率81.2%だった。これは、各地の自算会調査事務所を通じて行ったもの。調査結果によると、栃木、広島、徳島、宮崎、熊本、高知の6県が移行率100%で、青森、宮城、秋田、福島、岩手、長崎、大分、富山、北海道、石川も90%を超えた。手挙げ方式、新基準の優先採用を盛り込み新方式として注目された大阪は63.2%。今年1月実施と日が浅い福岡は44.9%で半数以下だったほか、3年6月実施の奈良も33.9%に止まり、新基準が普及していない。調査対象は9,553医療機関だが、平成5年度実績で24道府県で自賠責診療の請求があった医療機関数は国立、公的を含めて約1万2,000医療機関。

⑦ 近畿府県別医療機関移行状況(扱件数6件以上)

⑧ 大阪府医療機関の移行状況(扱件数6件以上)

7年7月末現在病院の移行率54.5%、診療所77.4%、合計移行率68.2%となっている。

資料1

I 新基準実施地域に対するアンケート(28カ所)

1. 従来の慣行料金について(健康保険ベースでの平均1点単価)
- ・技術30円、物20円 1カ所
 - ・25～30円 1カ所
 - ・20円 23カ所
 - ・15～25円 1カ所
 - ・15～20円 1カ所
 - ・12円 1カ所
2. 健康保険の適用、切り替え件数について
- ① 入院診療分
- a. 減少した 14カ所
 - b. 増加した 1カ所
 - c. 変わらない 11カ所
- (実施後間もないため把握困難 2カ所)
- ② 外来診療分
- a. 減少した 16カ所
 - b. 増加した 1カ所
 - c. 変わらない 9カ所
- (実施後間もないため把握困難 2カ所)
3. 請求の事務手続きについて
- a. 特に問題(苦情)はない 15カ所
 - b. 煩雑で苦情が多い 9カ所
 - c. コンピュータ化の充実を望む声
が強い 9カ所
 - d. その他 2カ所
- (複数回答地域あり)
4. 新基準による収入の影響について
- ① 入院診療分
- a. 減少した 23カ所
 - b. 増加した 0カ所
 - c. 変わらない 1カ所
- (実施後間もないため把握困難・無回答 4カ所)
- ② 外来診療分
- a. 減少した 1カ所
 - b. 増加した 17カ所
 - c. 変わらない 7カ所
- (実施後間もないため把握困難・無回答 3カ所)
5. 支払期日(概ね2カ月以内)について
- a. 守られている 9カ所
 - b. だいたい守られている 18カ所
 - c. あまり守られていない 0カ所
6. 支払期日が2カ月を超える場合について
- a. ほとんど医療機関にその旨連絡
が入っている 15カ所
 - b. 医療機関へ連絡がない場合が多い 10カ所
- (医療機関側から連絡をとると事情の説明はある 1カ所)
(実施後間もないため把握困難・無回答 2カ所)
7. 値切り等のトラブル件数について
- a. 減少した 18カ所
 - b. 増加した 0カ所
 - c. 特に変わりはない 8カ所
- (実施後間もないため把握困難 2カ所)
8. 新基準実施後損保各社は合意した内容を守っていますか
- a. はい 22カ所
 - b. いいえ 5カ所
- (実施後間もないため把握困難 1カ所)
- * 「いいえ」との回答の具体例
- ・合意した内容をよく理解していない損保会社がある
 - ・健康保険の適用・切替がある
 - ・値切りがなくなる
 - ・事故状況等の損保からの連絡が不徹底である
 - ・支払が2カ月以内にスムーズに行われていない
9. J A全共連(自賠責共済)との関係について
- ① 新基準の採用について
- a. 採用している 23カ所
 - b. 採用していない 5カ所

- ② 支払期日について
- a. 自賠責と同様である 20カ所
 - b. 自賠責より遅い 6カ所
 - c. その他(把握していない) 1カ所
(無回答 1カ所)
- ③ 協議会の参加について
- a. 三者協議会にオブザーバーとして参加している 6カ所
 - b. 三者協議会とは別に会合の場を設けている 4カ所
 - c. 特に会合の場を設けていない 18カ所
(実施後間もないため把握困難 1カ所)

- a. 地域の担当者に決定権がなく、本部の規制が厳しすぎる 2カ所
- b. 従来の慣行料金による請求が低い医療機関については、損保側が新基準の採用を認めない 1カ所
- c. (外来の収入は認めるものの)入院のマイナスが予想され、会員の理解が得にくい 7カ所
- d. 健康保険の適用等、周辺問題のルール化が具体化できない 8カ所
- e. 請求のコンピュータ化(レセコンソフトの開発)が十分できていない 1カ所
- f. その他 2カ所

II 新基準未実施地域に対するアンケート (19カ所)

1. 各地域における新基準に対する現在の状況
- a. 合意に達し実施期日も決定している 4カ所
 - ・山口 平成7年10月1日実施予定
 - ・鹿児島 平成7年11月1日実施予定
 - ・鳥取 平成8年2月1日実施予定
 - ・佐賀 平成8年2月1日実施予定
 - b. 内容的にはほぼ合意に達しているが実施期日は決まっていない 1カ所(山梨)
 - c. 合意には達していないが実施に向けて順調に協議が進んでいる 3カ所
 - d. 協議に当たり障害となっている点があるためあまり進んでいない 8カ所
 - e. 未だ具体的な協議を行っていない 3カ所
2. 協議の障害となっているのは、具体的にどのような点ですか(上記1. でd. と回答した地域以外の回答も含む)(複数回答可)

III すべての都道府県に対するアンケート

1. 審査会について
- ① 審査会(または苦情処理委員会)は設置されていますか
- a. はい 24カ所
 - b. いいえ 22カ所
(無回答 1カ所)
- ② 審査会の開催回数ほどの位ですか
- a. 毎月1回 1カ所
 - b. 2～4カ月に1回 6カ所
 - c. 1年に1～2回 7カ所
 - d. その他 10カ所
2. 三者協議会について
- ① 開催回数はどの位ですか
- a. 毎月1回 9カ所
 - b. 2～4カ月に1回 14カ所
 - c. 1年に1～2回 23カ所
(必要に応じて開催 1カ所)
- ② 損保側の担当者は、協議会の内容を損保各社に確実に連絡していますか
- a. している 27カ所
 - b. しているが不十分である

17カ所
 c. ほとんどしていない 0カ所
 (無回答) 3カ所

資料2 新基準採用状況

(自賠責診療費算定基準等に関するアンケート結果より)

〔実施都道府県：28カ所〕

都道府県	新基準実施年月日	都道府県	新基準実施年月日
1 栃木	平成2年6月1日	16 大分	平成6年1月1日
2 青森	平成2年7月1日	17 高知	平成6年4月1日
3 広島	平成2年10月1日	18 富山	平成6年6月1日
4 徳島	平成2年11月1日	19 岐阜	平成6年6月1日
5 宮城	平成3年5月1日	20 長野	平成6年9月1日
6 奈良	平成3年6月1日	21 新潟	平成6年11月1日
7 秋田	平成3年7月1日	22 北海道	平成6年11月1日
8 福島	平成3年8月1日	23 石川	平成6年11月1日
9 宮城	平成4年6月1日	24 福岡	平成7年1月1日
10 滋賀	平成4年11月1日	25 山形	平成7年4月1日
11 兵庫	平成5年1月1日	26 和歌山	平成7年4月1日
12 岩手	平成5年10月1日	27 愛知	平成7年6月1日
13 大阪	平成5年10月1日	28 福井	平成7年7月1日
14 熊本	平成5年10月1日		
15 長崎	平成5年11月1日		

〔合意都道府県〕5カ所

- ① 山口(平成7年10月1日実施予定)
- ② 鹿児島(平成7年11月1日実施予定)
- ③ 鳥取(平成8年2月1日実施予定)
- ④ 佐賀(平成8年2月1日実施予定)
- ⑤ 山梨(実施時期未定)

II. 労災・自賠責医療の今日の問題点

A. 診療報酬改訂問題に関して

① 労災改訂について

石川常任理事は9月21日の連絡協議会で次回労災診療報酬改定について、入院は初期段階の評価、外来は初診、再診料、再診指導管理料を重点評価したい考えを明らかにした。

指(手、足)の同一手術料算定で、異なる手術をした場合に両点数が算定できるよう整理する考えも示した。健保上、同一手術野で2つ以上の手術をした場合、原則的には一方の手術料算定しかできないが、指にかかわる手術など決められた手術は重複算定が可能。しかし指の場合でも異なる種類の手術を行った時はこの特例は認められず、一方の算定しかできない。石川常任理事は「通則9、11の扱いは次回改定で明文化したい」と述べ、重複算定できるよう整理する考えを示した。次回改定は、基本的に平成5年の労

災・自賠責委員会答申に沿って対応する方針を表明。「年1回しかしない処置や手術を評価するのではなく影響率が高いところを評価したい」と述べ、入院早期の評価や初診、再診料などを重点評価する考えを示した。

- ② 自賠責新基準の診療報酬改訂について
 全国で約3分の2の都道府県が新基準を採用している現状より、自賠責関係で地域特掲を認めて欲しいという県もある。(茨城)

入院料に地域差を認めて欲しい(東京)。入院にもメリットがあるような新案を示して欲しい(鳥取)。自賠責新基準の全国特掲料金の設定を中央レベルで考えて欲しい(大阪)等の意見があるのに対し、日医石川常任理事は全国特掲料金も考えていかねばならないが、新基準が労災点数を基礎としているので労災点数の引き上げが先決であると述べている。

B. 労災診療費支払いに関する問題点

① 労災診療費不適正支払額結果報告について

平成6年度、大阪労働基準局に対し会計検査院が立ち入り、請求レセプトにつき点検した結果、大阪府下の主として病院より請求のあったレセプトの内290件、8,414,729円の不適正支払額が発覚した。

実地検査における指摘事項は多種多様に渡っているが、労災診療費算定基準より逸脱した初歩的ミスが多い。

② 審査上の問題

本年7月より労災診療費の請求にかかる一元管理システムへの移行が行われたため、レセプトの提出締切期日・審査委員会の日程の変更が行われた。

提出は原則として毎月12日、審査期日は原則として毎月26、27日に行われるため、その間の日程で事務点検が充分に行われる余裕が出来た。従って労働基準局では、①の会計検査院の指摘に基づいて、「月別審査重点項目」を作製し、事務点検の強化をはかっている。

C. 自賠責請求に関する支払いの問題点

① 健保適用の問題点

大阪府自動車保険医療連絡協議会の中で、『4. 健康保険適用に関する確認事項として、「医療機関は患者から健康保険証が提示されたときは健保使用を認める。損保会社は理由のある場合を除き、新基準を優先適用する。』と書いている。

今日、交通事故の患者が入院した場合に、健保適用をするか否か、又適用の時期等でトラブルが多く、苦情処理委員会（府医三者、協議会内に作っている。）に挙がってくる事例が多い。

「賠償医療の中で過失相殺による減額を社会保険への切り替えで穴埋めすることが当然のように行われているが、医療事務にとって大きなロスを負わされたあげく、後々まで自算会や社会保険からの照会に時間をとられることになる。今後過失相殺のしわ寄せが医療機関にくるといふ不合理が解決されなければ新基準の採用は病院にとって不利なものとしかなり得ない」という厳しい意見もある。

全国的にみて新基準を採用してから健保適用例は減少しているようであるが、「健保保険転用問題に関して日医、中央損保の中央レベルでの一定の合意点を出して欲しい。（京都）という意見に賛同したい。

② 請求事務上の問題

新基準に移行した医療機関の内、請求事務が煩雑であるという苦情が多い。

コンピュータ化の充実を望む声強い反面、大阪でも自賠責保険請求に関するコンピューターソフトの普及が悪いようである。

平成7年9月1日現在、サンヨープラス東芝の自賠責新算定基準ソフト販売状況は111件である。

第 8 回大阪整形外科症例検討会報告

世話人代表 理事 大橋 規 男

日 時：平成 7 年 3 月 4 日(土)午後 2 時－ 7 時
場 所：参天製薬(株) 5 階 センチュリーホール
出席者数：58名

<第 1 部>

司会 西塔 進 (住友病院)

1. 北野病院 杉山 近彦

[症例]62歳、女性。(主訴)左股関節痛(慢性関節リウマチ)。(現病歴)昭和46年リウマチ発症。平成3年7月右膝関節に対し、TKR(kinematic rotating hinge)。その後右膝をかばって、左足荷重歩行を繰り返していた。平成5年7月左股関節痛を徐々に来し近医で保存的治療。平成6年9月左股関節痛の治療のため受診。平成6年12月左股関節に対し手術目的で入院するが、誘因となることなくX線にて右大腿骨頸部内側骨折を認める。平成6年12月3日右大腿骨人工骨頭置換術(PCAセメント使用)。

*左股関節の3年前のX線にてリウマチによる変形を認めていないが急速に骨破壊が進行し現在左大腿骨頸部骨頭は骨融解し臼蓋側の破壊も著明である。左股関節痛改善及び歩行の再獲得のための最善の治療法をお教え下さい。

★右大腿骨頸部内側骨折に対しすでにセメント使用によるbipolar人工骨頭をうけている。左股関節は臼蓋・骨頭ともに破壊強く、upper migrationの状態。演者の施設では臼蓋破壊に対し骨移植の上、やはりbipolar人工骨頭により置換を行った。RA股に対するbipolar人工骨頭使用に対する批判があった。骨移植+セメントTHR、またより早期のopを検討すべきであるとの意見が出された。

2. 北野病院 石田 文明

[症例]61歳、女性。(主訴)慢性関節リウマチ classical RA stage4 class3。(現病歴)昭和47年発症。昭和59年9月10日足趾resection arthroplasty。昭和61年11月14日ℓ-T.H.R.(Charnley) synovectomy of the r-knee。昭和63年8月2日r-T.H.R.(Charnley)r-T.K.R.(Mark3)平成4年6月ℓ-hip revision(京セラ6型)。平成6年12月14日自宅で転倒し左股関節脱臼をきたす。当日整復、5週間のベット上安静としたが、平成7年1月27日左股関節、軽度内転、内旋位をとったところ再度脱臼をおこした。徒手整復は容易であった。

*人工関節のlooseningはないが、軟部組織のゆるみのため、簡単に脱臼をきたす場合の治療法。

★左THR revision後の習慣性脱臼で、X-p像で大転子の偽関節が存在する。大転子の偽関節に対して再接合手術をすべきであるとの意見が出された。京セラ6型使用によるrevisionであるが、人工臼蓋・ステムに前捻をつけた設置をすべきではないかとの指摘があった。

3. 高槻赤十字病院 丸山 貴資、岸本 郁男、松居 孝一、松田 浩、田中 一成
今井整形外科 今井 秀

[症例]52歳、男性。(主訴)右股関節部痛。(現病歴)平成6年8月右股関節に違和感を自覚。10月には疼痛による跛行を認めたため、10月16日当科初診。初診時、大腿骨頭に圧痛、腫脹、熱感を認め、単純レ線では骨頭の軟骨下骨の不鮮明化、MRIではT₁にて不均一な低信号域、T₂にて不均一な高信号域を認め骨シンチでは異常集積像を骨頭に認めた。11月25日骨生検施行し病理学的には陳旧性出血であり又培養も異常を認めなかった。疼痛持続するためオマリール筋解離術施行し現在術後理学療法中である。

(現症)術後約1ヵ月、両松葉杖患肢1/4部分荷重にて歩行中。

右股関節可動域 屈曲 110° 伸展 15°
外転 50° 内転 25°
内旋 10° 外旋 20°

*診断について。

★X-pでは骨頭の軽度萎縮像、MRIではT₁の低信号、T₂の高信号をいずれも不均一、骨シンチは骨頭全体の淡いhot像と加重部の強いhot像、骨生検は壊死所見なし、陳旧性出血あり、感染所見なしである。症例は日本酒3号×20年の愛飲家。画像所見、病理所見より骨壊死は否定的。感染の可能性も少ない。典型的なX-pではないが、transient osteoporosisの可能性が高い。他にPVSなどが考え得るので注意深い経過観察が必要との意見があった。

4. 牧病院 牧 恭彦

[症例]50歳、男性。(主訴)①右距骨骨折。②左足リスフラン関節 開放性脱臼骨折。③L4圧迫骨折。(既往歴)DM。声帯損傷。(現病歴)平成7年1月30日乗用車いねむり運転中、壁に衝突して受傷。西宮協立病院に搬送され、左下肢シーネ固定の上1月31日当院転入院となった。内科的にDMのコントロールを行いながら2月1日腰麻下に②に対し観血的整復固定(ピンニング)の上ギブス固定、①に対し徒手整復行っても第3骨片は整復できず。2月8日再度腰麻下にantero lateral approachにて距骨観血的骨接合術を行いギブス固定した。③に対しては床上安静の上ダーメンコルセット装着し2月13日より車椅子移動可能となった。現在、創治癒し、両下肢筋力強化のリハビリ中である。

(現症)意識 清明 体温 37°C 血圧 128/74 脈拍 95/分 整
(各種検査成績) WBC 9100 Hb 12.0 BS 328 CRP 26.8(6+)
BUN 31.7 CPK 1884 LDH 757 尿糖 (++++)

X-P上 ①右距骨骨折。転位著明。第3骨片あり。CTも撮影した。

②左足リスフラン脱臼骨折。第1楔状骨露出。③L4圧迫骨折

腹部外傷の疑いあり。エコー、CTにて少量の腹水をとめる。

*距骨壊死の可能性、判断・処置(手術)の時期、ギブス固定・荷重の時期について。

★頸部から体部にかけてのT型骨折。AO screwによる観血的整復固定を受けている。距骨壊死の関連して固定材料としてチタン製のcanulated screwを使用すればMRI検査が可能であった。骨壊死の発生頻度は脱臼骨折例で60%。術後のリハビリ計画では早い時期の荷重・ROM等を考え、左側についてはヒール付きギブスを10~12時間使用するとのアドバイスがあった。

<第2部>

司会 廣島 和夫 (国立大阪病院)

5.

住友病院 太田 信彦

〔症例〕49歳、女性。(主訴)右下肢痛、しびれ。(現病歴)平成3年頃から腰痛と右下肢痛が出現。平成5年9月16日 当科初診。neurological defectなし、SLRT(-)、間欠性跛行あり。X線左上凸の腰椎側弯症を呈する。硬膜外ステロイド注入など保存療法を施行したが無効。既往歴として右CDHあり、脚長差3cm。

(現症)MRI.CTMでL4/5に椎間板ヘルニア像を認める。平成5年12月3日 L4/5右髓核摘出術を施行。術後、右下肢痛としびれが遺残した。平成6年7月11日 L5神経根の除圧・剝離を施行。術後、安静時の症状は改善したが、間欠性跛行など不変。平成6年8月15日 L5/S1右髓核摘出術+後側方固定術+CDI。

- *変性腰椎側弯症の手術治療について。除圧の範囲は？ 矯正・固定術の必要性は？
- *多数回手術例(MOB)を作らないための術前検査は？

★責任神経根が不明確な場合の攻め方に要約できる。とくに臨床症状では責任神経根の症状が明確であるのに、画像上での証明が不十分であった場合には、どう対処するのか、に議論が集中した；

- ①MRIでの詳細な観察、とくに脊柱管外(椎間孔部)まで、神経根に沿った部位での病変の有無の検討、②神経根造影と疼痛の再現、③椎間板造影と疼痛の再現、④ERGによる確認などにより詳細に検討すれば、多くの場合、MBOに陥ることは免れるであろう、と結論された。

6.

住友病院 小西 長生

〔症例1〕8歳、女兒。(主訴)両足関節痛。(現病歴)平成4年8月跳び箱で着地時に転倒して、右足関節を捻挫した。近医でギプス固定4週間施行された。同年10月に左足関節を捻挫(跳び箱着地時)。ギプス固定を4週間施行された。その後、両足関節に運動時痛を訴えた。平成6年3月、当院受診

(現症)両足関節外果部に圧痛を認めた。単純X線像で両腓骨下端に骨片が存在した。両足関節外果部裂離骨折の偽関節と診断した。平成6年8月に右側に12月に左側にtension band wiringを用いた整復固定術を施行した。平成7年1月現在で右側は骨癒合が得られている。左側はギプス固定中である。

〔症例2〕11歳、女兒。(主訴)右足関節痛。(現病歴)平成4年10月に右足関節を捻挫し、放置していた。その後右足関節に運動時痛を訴えた。平成6年1月に当院受診。

(現症)右足関節外果部に圧痛を認めた。単純X線像で腓骨下端に骨片を認め、外果部裂離骨折偽関節と診断した。平成6年8月にtension band wiringを用いた整復固定術を施行した。平成7年1月現在、右足関節の疼痛は消出し、X線像で骨癒合が得られている。

*①Os subfibulareとの鑑別法は。

- ②症例1は保存治療が無効で最終的に外科治療を要した例であった。しかし、小児外果部裂離骨折に対し、受傷後早期に手術をすべきか意見の分かれるところである。諸先生方の御意見をお聞かせ下さい。

★副骨と骨切片との鑑別について、明確な議論はできなかった。KeatsのAtlas of normal 'roentgen variants that may simulate disease. (5th edition, Mosby Year Book, 1992) を見て、多数の写真を掲載しているが、疼痛性副骨との鑑別点については明確に触れていない。

- ①少なくとも、痛みと不安定の出現から、traumatic lesionであることは確かであろう、
 - ②臨床症状の明確な例での外科治療も妥当であろう、
- の点について意見の一致を得た。

7.

大阪通信病院 岡 史朗

[症例]53歳、男性。(主訴)右下肢短縮。(現病歴)平成3年12月7日、交通事故にて右大腿骨骨幹部開放骨折となり同12月9日、他院にてA.O.plateによる観血的整復固定術を施行された。術後骨折部は偽関節となり、当院受診し、平成4年5月19日A.O.plateを抜去、髓内釘挿入術を施行されるも、再度偽関節となり右大腿骨長の短縮も8cm認めため、平成6年7月12日、創外固定期にて偽関節部再接合術を受けると同時に、大腿骨遠位部にて仮骨延長法を施行された。術後、現在に至るまで7ヵ月間の創外固定を受けている。

(現症)術後7ヵ月の現在、単純X線にて、骨延長部は正面像・側面像とも仮骨形成良好である。骨接合部も仮骨形成を認め、正面像は骨癒合傾向を思わせるが、側面像では一部にX線透過像を認める。大腿骨長差は0.5cm($r < l$)。膝関節可動域は屈曲 $0^{\circ} \sim 35^{\circ}$ と高度に制限されている。神経学的所見は認めない。

*骨接合部の評価と今後の治療方針は？

*膝関節可動域改善の為の方法は？

★偽関節部の癒合状態と脚延長部の問題の2点で議論があった；

- ①偽関節部の骨癒合状態は、軸圧荷重による疼痛誘発の有無で判定できること、
 - ②骨延長部の治療までに、healing indexからは、順調に経過しても400~500日の創外固定が必要であること、
 - ③骨延長部の骨形成が完了しなければ、創外固定期を除去して膝関節の可動域拡大運動は不可能であること、
 - ④年齢から見て、1年以上現状のままにしておいて、その後に膝関節運動を開始しても関節拘縮の改善は困難であることが十分に予測されるため、骨延長部の骨形成がある程度進行した時点で、骨移植・内固定に切り替えて、早期から膝関節運動を開始できるようにするのも、一方法であること、
- などの意見があった。

コーヒーブレイク

<第3部>

司会 池田 清 (関西電力病院)

8.

国立大阪病院 井上 裕美子

[症例]23歳、男性。(主訴)左足疼痛。両手指の腫脹。(現病歴)平成3年7月頃右環指の爪変形出現、徐々に腫脹し、他の指にも同様の病変認める。平成6年2月左足内側に疼痛、腫脹出現、徐々に歩行困難となる。右膝、両股部にも疼痛出現。症状は朝に強い傾向あり。

(現症)右環指swan neck deformityあり、ソーセージ様に腫脹。左中環小指DIP jointに発赤、腫脹、圧痛あり。環指はswan neck deformityあり。左示指以外に爪変形認める。左足内側後脛骨筋に沿った腫脹、圧痛を認める。

(検査所見)WBC↑ CRP 3.0 RF 22↑ RAPA 40 → 抗核抗体等すべて(-)

滑膜生検: non specific chronic inflammation

*①本症例の診断は?

②確定診断を得るための今後の検査は?

★演者より鑑別診断につきまとまった考察がされ、結論的には本例は乾癬性関節炎であろうとされた。

仙腸関節や胸部Xp、HLA、皮膚生検などに関して質問があった。

ソーセージ様指変形についてはsarcoidosisやBanberger Marie骨関節障害に伴うとの記載もあるとの指摘があった。

9. 国立大阪病院 三木 秀宣

[症例]65歳、男性。(主訴)右膝関節動揺性。(現病歴)平成4年頃より右膝変形出現、徐々に増悪し跛行を呈するようになる。平成6年7月神経病性関節の診断のもとに装具療法をうけたが、関節変形進行し、右膝関節動揺性が高度になったため、平成6年10月当院入院 右膝関節固定術を施行した。

(現症) 入院時 墜下性跛行股関節。

右膝関節腫脹。 ROM 伸展 40° 屈曲 90° 内反 30° 外反 20°
髄液より梅毒反応(+).

両下肢 L₁レベル以下の感覚鈍麻。

*①今回の治療は適正であったか。

②他の治療法はなかったか。

③今後、骨癒合を促進させる手段は?

★Charcot関節に関しては人工関節の適応も否定されまた骨癒合の可能性もないとされ、治療の困難さが確認された。今回固定手術の結果などについて後日の報告が期待された。

10. 済生会野江病院 牛尾 一康、好井 覚、大田 秀一、武富 雅則

[症例]57歳、女性。(主訴)歩行障害、両足底知覚異常。(現病歴)1991年ころから左足趾にしびれ自覚した。(急いで歩こうとすると、両下肢がうまくはこばない)。同じころから、両足底知覚異常を自覚した。(じやりの上を歩く感じ)。症状増悪するため、1994年10月18日当科受診した。

(現症)1994年11月4日 頸胸椎部脊髓腫瘍摘出術施行。11月21日(p.o. 3w)坐位・足ぶみ歩行開始。→11月28日ころから頭痛・めまい・局所に波動のある膨隆あり。

12月1日 MRI:pseudomeningocele → 安静臥床・局所圧迫。1月6日靦血的閉鎖術。

1月23日～1月27日 持続的ドレナージ(lumbar sudarachnoid drain)。

*頸胸椎部脊髓腫瘍摘出術後のCSF leakとpseudomeningocele形成。

→ 治療について。

★最終的には腰部硬膜外腔への排液路造設手術により偽性髄膜瘤は縮小したと報告された。

11. 国立大阪南病院 小野 秀文

[症例]48歳、女性。(主訴)四肢痛。(現病歴)10数年来の四肢痛があるが、1～2年続くと数年は痛くないという状態である。

(現症)外見上特に異常なし。X-p上、頭蓋を含め皮質骨の肥厚があり。(椎体にも軽度ながら+)骨シンチにても骨幹皮質を中心に集積像が認められる。

*Diaphyseal Dysplasiaを疑っていますが、周辺疾患を含め完全に該当する疾患を特定できていませんので、診断につき宜しくお願い致します。

★演者より鑑別診断についてまとまった考察がされ会場からの異論はなかった。今後の経過について後日報告されるよう要望された。

<第4部>

司会 坂本 徳成 (坂本整形外科)

12. 済生会中津病院 宮脇 裕二

[症例]53歳、女性。(主訴)多発骨傷。(現病歴)平成7年2月27日マンション4Fから転落。近くの救急病院に搬送され、当科へ紹介入院となった。

(現症)両側肛門周囲会陰部の知覚脱出。左S1領域の運動麻痺。膀胱直腸障害。X-p上、L₂、仙骨の破裂骨折。恥骨坐骨骨折。右橈骨遠位端骨折。

*脊柱の固定法について。特に仙骨。

★①仙骨々折の場合、観血的整復術は非常に困難をきわめ、不可解に近い。Opをしない方が得策。

②麻痺のレベルはどうか？

③高度な骨盤骨折による後腹膜腔内巨大血腫が神経を圧迫していると言う事は考えられないか？

④新鮮例である為、両下肢直達牽引による治療法は？

以上の意見が出された。次回のこの会に是非経過を報告して下さい。

13. 済生会中津病院 宮脇 裕二

[症例]45歳、男性。(主訴)第1、2腰椎カリエス術後。(現病歴)平成5年6月頃よりLumbago。平成5年8月よりLumbago増強し他院に入院。L₁圧迫骨折にてギプス固定。平成5年9月2日当院転院。平成5年9月8日Biopsy(L₁)。平成5年10月27日病巣は骨移植その後骨癒合がみられず側面でT₁₂～L₂で後弯進む。平成6年8月10日ルーキー法(棘突起ワイアリング)で後方固定術をT₁₀～L₄に施行。

(現症)モールド型体幹コルセット着用し歩行、日常的には車椅子。腰痛なく下肢痛・シビレ・筋力低下なし。2回目の術後、後弯がもとにもどったがその後26°程度で変化なし。(X-p側面)移植骨とL₂とは骨癒合したようだが、T₁₂とは骨癒合みられず周囲に吸収像あり(Tomo CT)。2回目ope後CRP:0.3前後でH7.2.23ではCRP:0.17、ESR:6/24、WBC:5700である。

*今の状態で待っていて骨癒合が完全に得られるものか。

もし骨癒合が得られなくてもコルセットをはずした日常生活に復帰させてもよいものか。ま

た、その時期は？

★①単純X-pではKariesよりむしろ腫瘍が疑われ、そのあたりの鑑別は？

②この例では保存的治療の方が優先されるべきではないか。又、抗結核剤の投与は？

③手術時、iliopsoas abscessは認められたか？

以上検討されたが、Kariesの場合、最低6M以上、コルセット装着の上保存的治療が必要ではないか。

<第5部>

教育研修講演(18:00-19:00)

司会 大橋 規男(大橋整形外科)

『スポーツによる肘関節の障害』

阿部 宗昭 先生(大阪医科大学 整形外科助教授)

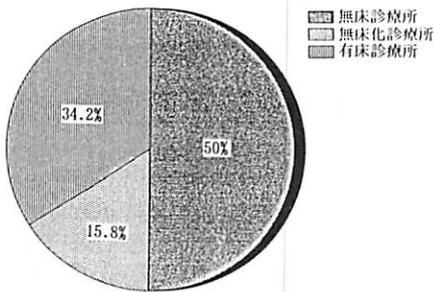
アンケート集計

JCOA診療所アンケートの集計結果

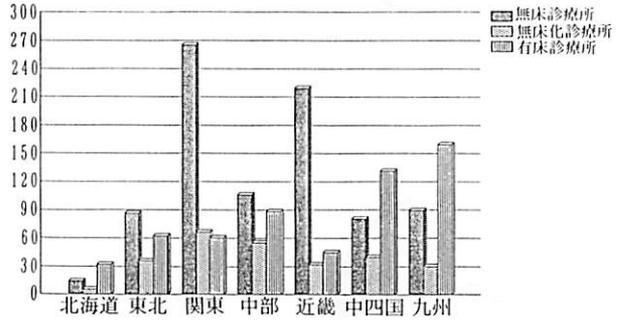
会長 小杉 豊 治

本年1月に行なわれた、JCOA診療所のアンケートの集計結果をグラフでしめす(6月18日大宮のJCOA学会で発表)

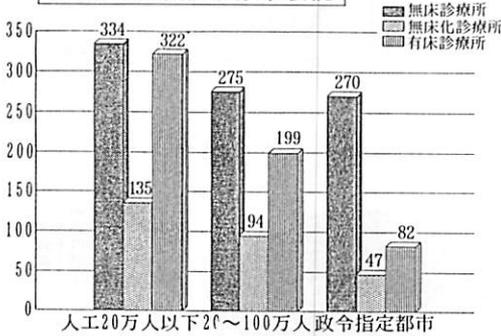
回答者診療形態比率



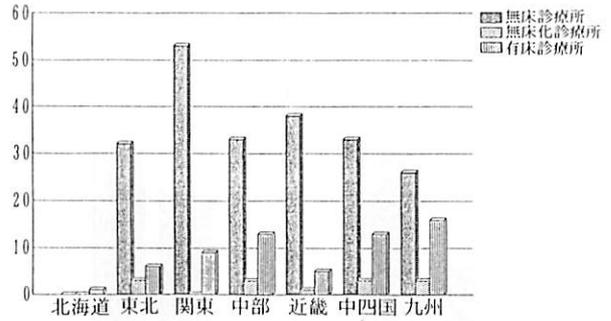
地区別診療形態分布状況



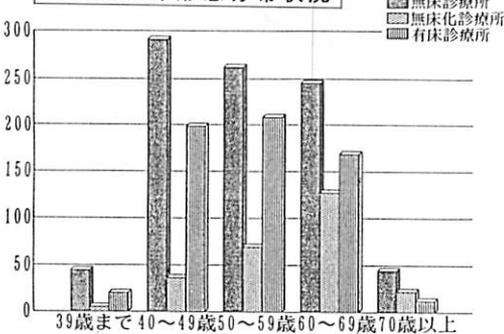
人口別診療形態分布状況



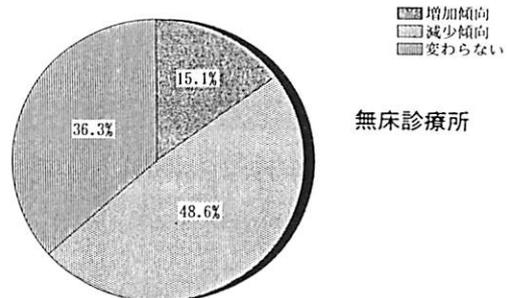
開業5年未満地区別診療形態分布状況



年齢別診療形態分布状況

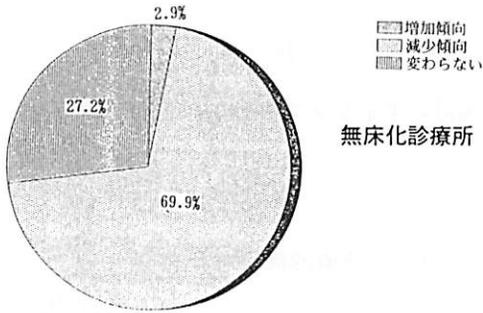


外来患者の傾向 1



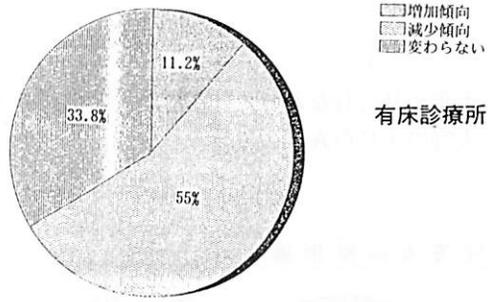
無床診療所

外来患者の傾向 2



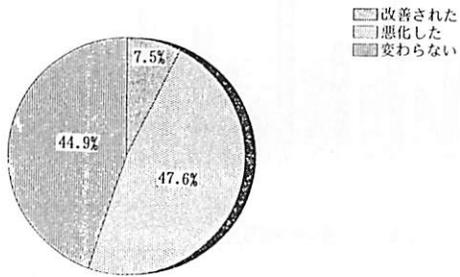
無床化診療所

外来患者の傾向 3

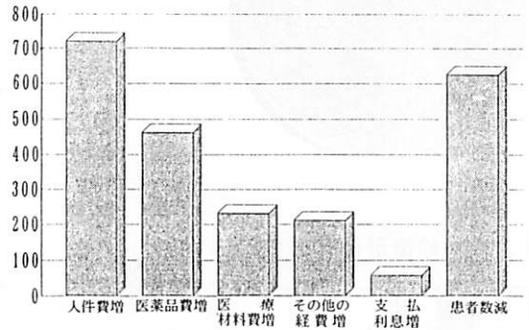


有床診療所

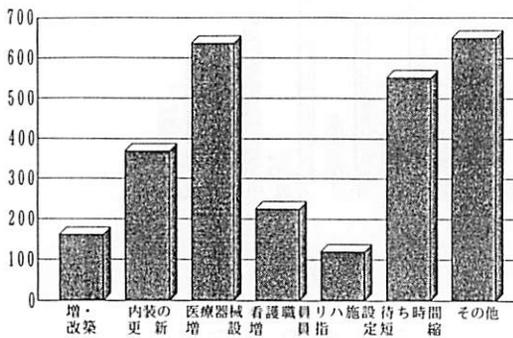
経営状況



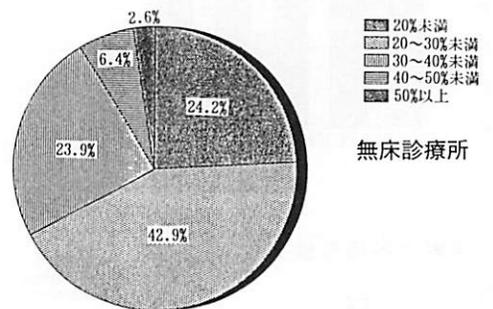
経営悪化の原因



患者を増やすための方策

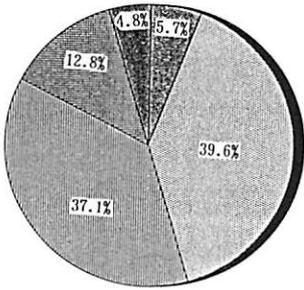


人件費が占める割合 1



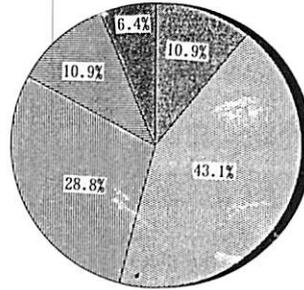
無床診療所

人件費が占める割合 3



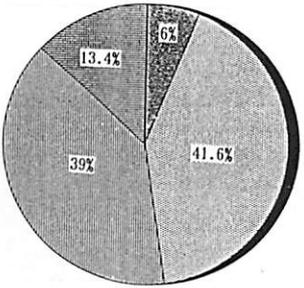
有床診療所

人件費が占める割合 2



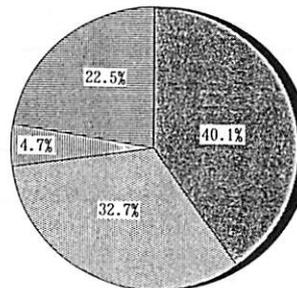
無床化診療所

有床診療所ベッド利用状況



100~80%
80~60%
60~40%
40%以下

有床診療所将来計画



無床へ移行する
小規模入院施設
老人保健施設等
特に無い

JCOA診療所アンケートの大阪府の集計結果

調査数 235
 回答数 有床 19
 無床 96
 計 115
 回答率 48.9%

凡例：
 無床診療所
 有床診療所 外来
 (現在入院患者を収容せず外来のみ)
 有床診療所 入院
 (現在入院患者を収容している)

I 貴院の形態はどれですか

I-1 経営状態について

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
個人	63 70.8%	3 30.0%	6 66.7%	77 67.0%
医療法人	28 29.2%	7 70.0%	3 33.3%	38 33.0%
回答なし	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	96 100.0%	10 100.0%	9 100.0%	115 100.0%

I-6 貴方の診療所の立地は

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
市(東京23区を含む)	93 96.9%	10 100.0%	8 88.9%	111 96.9%
町・村	2 2.1%	0 0.0%	1 11.1%	3 2.6%
回答なし	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%
計	96 100.0%	10 100.0%	9 100.0%	115 100.0%

I-2 診療形態について

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
診療形態	96 83.3%	10 8.7%	9 7.8%	115 100.0%

I-7 (6)でaと答えた方の都市の人口は

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
~10万	4 4.3%	1 10.0%	1 12.5%	6 5.4%
10~20万	15 16.1%	0 0.0%	1 12.5%	16 14.4%
20~100万	33 35.5%	7 70.0%	4 50.0%	44 39.6%
政令指定都市(23区合)	40 43.0%	2 20.0%	2 25.0%	44 39.6%
回答なし	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%
計	93 100.0%	10 100.0%	8 100.0%	111 99.9%

I-3 貴方の他に常勤医がおられますか

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
いる	8 8.3%	2 20.0%	3 33.3%	13 11.3%
いない	88 91.7%	7 70.0%	6 66.7%	101 87.8%
回答なし	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	1 0.9%
計	96 100.0%	10 100.0%	9 100.0%	115 100.0%

I-4 あなたの年齢は

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
39歳まで	4 4.2%	1 10.0%	0 0.0%	5 4.3%
40歳~49歳	31 32.3%	1 10.0%	2 22.2%	34 29.6%
50歳~59歳	31 32.3%	5 50.0%	3 33.3%	39 33.9%
60歳~69歳	30 31.3%	3 30.0%	3 33.3%	36 31.3%
70歳以上	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	1 0.9%
回答なし	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	96 100.0%	10 100.0%	9 99.9%	115 100.0%

I-5 開業年数は

	無床診療所	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
5年未満	15 16.7%	1 10.0%	0 0.0%	17 14.8%
5~10年未満	20 20.8%	1 10.0%	2 22.2%	23 20.0%
10~20年未満	42 43.8%	4 40.0%	3 33.3%	49 42.6%
20年以上	18 18.8%	4 40.0%	4 44.4%	26 22.6%
回答なし	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	96 100.0%	10 100.0%	9 99.9%	115 100.0%

II 外来部門について

II-1 最近の患者数の傾向は

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
増加傾向	9	9.4%	0	0.0%	0	0.0%	9	7.8%
減少傾向	57	59.4%	5	50.0%	5	55.6%	67	58.3%
変わらない	30	31.3%	5	50.0%	4	44.4%	39	33.9%
回答なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	96	100.1%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

II-2 年間通して1日の平均患者数は

患者数	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
50人未満	9	9.4%	2	22.2%	1	11.1%	12	10.7%
50～99	26	27.7%	3	33.3%	1	11.1%	30	26.4%
100～149	30	31.9%	1	11.1%	3	33.3%	34	30.4%
150～199	16	17.0%	3	33.3%	1	11.1%	20	17.9%
200～249	11	11.7%	0	0.0%	1	11.1%	12	10.7%
250～300	2	2.1%	0	0.0%	2	22.2%	4	3.6%
300人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	94	100.0%	9	99.9%	9	99.9%	112	100.1%
回答なし	2		1		0		3	
合 計	96		10		9		115	
平均値	81人		75人		128人		103人	
最大値	200人		180人		350人			
最小値	2人		15人		20人			

II-3 貴院の経営は現在の患者数で十分ですか

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
十分です	8	8.3%	1	10.0%	1	11.1%	10	8.7%
なんとかやっていける	42	43.8%	5	50.0%	5	55.6%	52	45.2%
まあまあやっていける	29	30.2%	1	10.0%	1	11.1%	31	27.0%
経営が困難	14	14.6%	3	30.0%	2	22.2%	19	16.5%
回答なし	3	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.6%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

II-4 休診日について

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
土日週休2日	3	3.1%	0	0.0%	2	22.2%	5	4.3%
土は全日・他に半休	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%
土は半休・他にも半休	58	60.4%	4	40.0%	2	22.2%	64	55.7%
その他	34	35.4%	6	60.0%	5	55.6%	45	39.1%
回答なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	96	99.9%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

II-5 一週間の診療時間(診療実働時間)

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
35時間未満	47	49.0%	3	30.0%	3	33.3%	53	46.1%
36～40時間	29	30.2%	3	30.0%	2	22.2%	34	29.6%
40時間を超える	16	16.7%	2	20.0%	4	44.4%	22	19.1%
回答なし	4	4.2%	2	20.0%	0	0.0%	6	5.2%
計	96	100.1%	10	100.0%	9	99.9%	115	100.0%

II-6 夜間の時間帯(午後6時以降)におよぶ診療は

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
している	81	84.4%	10	100.0%	9	100.0%	100	87.0%
していない	13	13.5%	0	0.0%	0	0.0%	13	11.3%
回答なし	2	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

II-7 院外処方箋の発行

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
100%している	7	7.3%	0	0.0%	0	0.0%	7	6.1%
部分的にしている	15	15.6%	0	0.0%	1	11.1%	16	13.9%
していない	72	75.0%	10	100.0%	8	88.9%	90	78.3%
回答なし	2	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

II-8-1 手術実施状況

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
局麻まで	85	89.6%	7	70.0%	1	11.1%	94	81.7%
硬膜下腔まで	0	0.0%	3	30.0%	2	22.2%	5	4.3%
全身での手術も行う	0	0.0%	0	0.0%	6	66.7%	6	5.2%
回答なし	10	10.4%	0	0.0%	0	0.0%	10	8.7%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	99.9%

II-8-2 週平均手術実施回数

手術回数	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
3回未満	15	15.6%	3	30.0%	4	44.4%	22	19.1%
3～4	4	4.2%	0	0.0%	1	11.1%	5	4.3%
5～9	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%
10～19	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	1	0.9%
20回以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	20	20.8%	3	30.0%	6	66.7%	29	25.1%
回答なし	75		7		3		85	
合 計	96		10		9		115	
平均値	2回		1回		3回		2回	
最大値	5回		2回		10回			
最小値	1回		1回		1回			

註:「回答なし」は「手術をしていない」を含む
:「最小値0」は1未満

II-9 患者を増やすために実行あるいは計画していることは(複数回答可)

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
増・改築	5	5.2%	1	10.0%	1	11.1%
内装の更新	19	19.8%	1	10.0%	3	33.3%
医療機器の増設	27	28.1%	5	50.0%	2	22.2%
看護職員の増員	11	11.5%	0	0.0%	4	44.4%
リハビリ施設指定	3	3.1%	2	20.0%	0	0.0%
待ち時間短縮	35	37.5%	4	40.0%	1	11.1%
その他	34	35.6%	3	30.0%	0	0.0%
全回答者数	96		10		9	115

III リハビリテーションについて

III-1 現在のリハ施設による保険請求は

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
理学療法I	18	18.8%	2	20.0%	3	33.3%
理学療法II	4	4.2%	0	0.0%	0	0.0%
理学療法III	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
理学療法IV	57	59.4%	7	70.0%	4	44.4%
回答なし	16	16.7%	1	10.0%	2	22.2%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	99.9%

III-2 将来リハ施設の指定を受ける意志はありますか

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
ある	14	14.6%	3	30.0%	3	33.3%
ない	79	82.3%	6	60.0%	4	44.4%
回答なし	3	3.1%	1	10.0%	2	22.2%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	99.9%

III-3 理学療法(III)の施設指定を受けたいができないとすればその理由は(複数回答可)

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
床面積が確保できない	21	22.3%	3	30.0%	2	22.2%
PTが確保できない	36	37.5%	5	50.0%	2	22.2%
経済的メリットがない	39	39.6%	6	60.0%	3	33.3%
全回答者数	96		10		9	115

III-4 リハ施設指定医療機関の方へ

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
PT-OT現状で十分	1		0	#除算	1	100.0%
PT-OT増員を考えている	3		0	#除算	0	0.0%
計	4		0	#除算	1	100.0%

IV 在宅医療について

IV-1 下記項目のうち実施しているもの

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
往 診	54	56.3%	6	60.0%	2	22.2%
在宅患者 訪問診療	26	27.1%	3	30.0%	2	22.2%
在宅患者 訪問看護	5	5.2%	1	10.0%	1	11.1%
在宅患者 訪問リハ	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
寝たきり 訪問診療	30	31.3%	3	30.0%	2	22.2%
寝たきり 訪問看護	5	5.2%	0	0.0%	1	11.1%
寝たきり 訪問リハ	2	2.1%	0	0.0%	0	0.0%
全回答者数	96		10		9	115

IV-2 下記項目のうち届出しているもの

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
在宅医学管理科	15	15.6%	3	30.0%	1	11.1%
在宅末期医療総合診療	4	4.2%	0	0.0%	1	11.1%
寝たきり 24時間	11	11.5%	0	0.0%	1	11.1%
寝たきり なし	8	8.3%	3	30.0%	0	0.0%
老人デイ・ケア科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
全回答者数	96		10		9	115

V 有床診療所の先生に伺います

V-1 有床診療所のベッド利用状況

	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
100~80%	0	0.0%	2	22.2%	2
80~60%	0	0.0%	4	44.4%	4
60~40%	0	0.0%	1	11.1%	1
40%~	4	40.0%	1	11.1%	5
回答なし	6	60.0%	1	11.1%	7
計	10	100.0%	9	99.9%	19

V-2 将来計画は

	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
無床へ移行する	4	40.0%	3	33.3%	7
小規模入院施設	0	0.0%	2	22.2%	2
老人保健施設等	0	0.0%	0	0.0%	0
持たない	3	30.0%	3	33.3%	6
回答なし	3	30.0%	1	11.1%	4
計	10	100.0%	9	99.9%	19

V-3 有床診療所での看護料は

	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計
1種	0	0.0%	0	0.0%	0
2種	0	0.0%	2	22.2%	2
3種 (I)	0	0.0%	1	11.1%	1
3種 (II)	5	50.0%	4	44.4%	9
回答なし	5	50.0%	2	22.2%	7
計	10	100.0%	9	99.9%	19

V-4 3種(II)と回答した方に、届出しな理由は(複数回答可)

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
付添看護の解消が原因	2 40.0%	3 75.0%	5 55.6%
特別介護届出している	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
特別看護届出している	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	2	3	5

V-9 入院時食事療養届出

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
算定している	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
していない	6 60.0%	6 66.7%	12 63.2%
回答なし	4 40.0%	3 33.3%	7 36.8%
計	10 100.0%	9 100.0%	19 100.0%

V-5 診療所老人医療管理料に係る届出

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
届出している	0 0.0%	2 22.2%	2 10.3%
していない	6 60.0%	5 55.6%	11 57.9%
回答なし	4 40.0%	2 22.2%	6 31.6%
計	10 100.0%	9 100.0%	19 100.0%

VI 他施設との連携について

VI-1 連携の相手方をお尋ねします(複数回答可)

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
病院	78 81.3%	8 80.0%	95 82.6%
診療所	46 47.9%	4 40.0%	52 45.2%
老人保健施設	8 8.3%	1 10.0%	10 8.7%
訪問看護ステーション	14 14.6%	0 0.0%	14 12.2%
市町村	4 4.2%	1 10.0%	5 4.3%
保健所等	4 4.2%	1 10.0%	5 4.3%
社会福祉施設	1 1.0%	0 0.0%	1 0.9%
保健委員会	6 6.3%	0 0.0%	6 5.2%
全回答者数	95	10	115

V-5-2 診療所老人医療管理料に係る届出ベッド数

届出ベッド数	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
5床未満	0	1 100.0%	1 100.0%
5~9	0	0 0.0%	0 0.0%
10~18	0	0 0.0%	0 0.0%
19床	0	0 0.0%	0 0.0%
計	0	1 100.0%	1 100.0%
平均値		0床	2床
最大値		0床	2床
最小値		0床	2床

VI-2 連携体制について

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
うまくいっている	56 58.3%	5 50.0%	61 53.3%
不十分	9 9.4%	3 30.0%	12 10.5%
どちらともいえない	10 10.4%	1 10.0%	13 11.3%
回答なし	21 21.9%	1 10.0%	23 20.0%
計	96 100.0%	10 100.0%	115 100.0%

V-6 老人退院時リハ指導料

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
算定している	0 0.0%	3 33.3%	3 15.6%
していない	6 60.0%	3 33.3%	9 47.4%
回答なし	4 40.0%	3 33.3%	7 36.8%
計	10 100.0%	9 99.9%	19 100.0%

V-7 退院前訪問指導料

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
算定している	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
していない	6 60.0%	6 66.7%	12 63.2%
回答なし	4 40.0%	3 33.3%	7 36.8%
計	10 100.0%	9 100.0%	19 100.0%

VII 医業経営について

VII-1 あなたの診療所と関連するMS法人の有無

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
ある	21 21.9%	1 10.0%	26 22.6%
ない	72 75.0%	9 90.0%	85 73.9%
回答なし	3 3.1%	0 0.0%	4 3.5%
計	96 100.0%	10 100.0%	115 100.0%

V-8 入院栄養食事指導料

	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
算定している	0 0.0%	1 11.1%	1 5.3%
していない	6 60.0%	6 66.7%	12 63.2%
回答なし	4 40.0%	2 22.2%	6 31.6%
計	10 100.0%	9 100.0%	19 100.0%

VII-2 収入を100%とした場合支出の割合

支出の割合	有床診療所 外来	有床診療所 入院	合 計
50%未満	4 5.6%	0 0.0%	4 4.7%
50~59	2 2.8%	0 0.0%	3 3.5%
60~69	12 16.7%	0 0.0%	12 14.1%
70~79	18 25.0%	2 22.2%	20 23.5%
80~89	15 20.8%	1 11.1%	17 20.0%
90~100	15 20.8%	4 44.4%	21 24.7%
100%以上	6 8.3%	2 22.2%	8 9.4%
計	72 100.0%	9 99.9%	85 99.9%
回答なし	24	1	30
合計	96	10	115
平均値	78%	89%	82%
最大値	100%	100%	99%
最小値	30%	70%	57%

Ⅶ-3 資金繰りの状況は

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
改善された	7	7.3%	1	10.0%	0	0.0%	8	7.0%
悪化した	31	32.3%	3	30.0%	6	66.7%	40	34.8%
変わらない	51	53.1%	6	60.0%	3	33.3%	60	52.2%
回答なし	7	7.3%	0	0.0%	0	0.0%	7	6.1%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.1%

Ⅶ-4 経営状況について

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
改善された	5	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.3%
悪化した	54	56.3%	5	50.0%	6	66.7%	65	56.5%
変わらない	34	35.4%	5	50.0%	2	22.2%	41	35.7%
回答なし	3	3.1%	0	0.0%	1	11.1%	4	3.5%
計	96	100.0%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

Ⅶ-5 悪化した理由は次のどれと考えられますか(複数回答可)

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
人件費増	40	41.7%	5	50.0%	7	77.8%	52	45.2%
医薬品費増	45	46.9%	5	50.0%	6	66.7%	56	48.7%
医療材料費増	17	17.7%	0	0.0%	2	22.2%	19	16.5%
その他の経費増	14	14.6%	1	10.0%	1	11.1%	16	13.9%
支払利息増	3	3.1%	2	20.0%	0	0.0%	5	4.3%
患者数減	41	42.7%	4	40.0%	4	44.4%	49	42.6%
全回答者数	96		10		9		115	

Ⅶ-6 従業員の人件費は総収入の何%ですか

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
20%未満	19	19.8%	2	20.0%	0	0.0%	21	18.3%
20~30%未満	42	43.6%	4	40.0%	1	11.1%	47	40.9%
30~40%未満	24	25.0%	2	20.0%	5	55.6%	31	27.0%
40~50%未満	5	5.2%	0	0.0%	1	11.1%	6	5.2%
50%以上	2	2.1%	1	10.0%	0	0.0%	3	2.6%
回答なし	4	4.2%	1	10.0%	2	22.2%	7	6.1%
計	96	100.1%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.1%

Ⅶ-7 診療所の土地・建物の両者またはいずれかを賃貸していますか

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
している	61	63.5%	5	50.0%	5	55.6%	71	61.7%
していない	32	33.3%	4	40.0%	4	44.4%	40	34.8%
回答なし	3	3.1%	1	10.0%	0	0.0%	4	3.5%
計	96	99.9%	10	100.0%	9	100.0%	115	100.0%

診療所を賃貸している先生に伺います

Ⅶ-8 診療所はご自身の経営と関係ない法人、個人から借りている

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
土地のみ	2	4.7%	0	0	0	0.0%	2	4.4%
建物のみ	7	16.3%	0	0	0	0.0%	7	15.6%
土地・建物とも	34	79.1%	0	2	100.0%	36	80.0%	
計	43	100.1%	0	0.0%	2	100.0%	45	100.0%

Ⅶ-9 診療所はご自身の経営と関係ある法人、個人から借りている

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
土地のみ	2	11.8%	2	33.3%	0	0.0%	4	16.0%
建物のみ	5	29.4%	1	16.7%	1	50.0%	7	28.0%
土地・建物とも	10	58.8%	3	50.0%	1	50.0%	14	56.0%
計	17	100.0%	6	100.0%	2	100.0%	25	100.0%

Ⅶ-10 賃貸料は一ヶ月の平均収入のおよ何%ですか

	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
5%未満	17	27.5%	1	20.0%	2	40.0%	20	28.2%
5~10%未満	25	41.0%	4	80.0%	1	20.0%	30	42.3%
10~15%未満	12	19.7%	1	20.0%	2	40.0%	15	21.1%
15~20%未満	3	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.2%
20~25%未満	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.8%
25%以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
回答なし	2	3.3%	-1	-20.0%	0	0.0%	1	1.4%
計	61	100.1%	5	100.0%	5	100.0%	71	100.0%

Ⅶ-10-2 お差し支えなければ金額をご記入下さい

賃借料	無床診療所	有床診療所	外来	有床診療所	入院	合 計		
10万円未満	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%
10~19	3	7.9%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.7%
20~49	11	28.5%	1	25.0%	0	0.0%	12	26.7%
50~79	10	26.3%	1	25.0%	0	0.0%	11	24.4%
80~99	6	15.8%	0	0.0%	0	0.0%	6	13.3%
100~149	5	13.2%	1	25.0%	0	0.0%	6	13.3%
150~199	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	2.2%
200~249	1	2.6%	1	25.0%	0	0.0%	2	4.4%
250万円以上	1	2.6%	0	0.0%	2	66.7%	3	6.7%
計	38	99.9%	4	100.0%	3	100.0%	45	99.9%
平均値	72万円		103万円		260万円		87万円	
最大値	300万円		200万円		330万円			
最小値	9万円		40万円		150万円			

ゴルフ事始

- O C O A 海外旅行同好会 台湾旅行にて -

理 事 堀 木 篤

今回は台湾旅行であった。平成7年5月3日から5月6日までの4日間であったが、和気藹々としたいつもながらの楽しい旅であった。同行者は早石雅宥団長のもと大橋規男、木佐貫一成、河村都容市、坂本徳成、前田如矢、三橋二良の諸先生と私の8名であった。旅程は、3日関西国際空港を発ち台北着後大溪リゾートへ直行して一泊、4日は大溪ゴルフ場にてプレー、終了後台北へ移動してライシェラトンホテルにて湖南料理を食べて一泊、5日はゴルフ組は長庚ゴルフ場へ、観光組は各自台北を楽しんだ。夜は金鳥酒店にて潮州料理を満喫しその後一寸だけ夜の観光へ。6日は台湾大学医学院へ寄り、空港近くでラーメンを食べてから帰途についた。台湾での食事は殊の外おいしくお腹になじみ、日本人好みの接待も気持ちよかった。台湾には海外からの企業進出も多いためか、木佐貫先生と故宮博物院へ行っての帰り、タクシーの運転手が「NICHT PAUCHEN」のプレートを示したのには驚いた。私もシンガポール人に間違えられた。

閑話休題。大溪ゴルフ場は台北から南西40kmにある緑の多い丘陵地にあって、別荘、植物園、ホテルなどを兼ね備えたリゾート地の一画を占める。18ホールPAR72のコースである。ゲートをくぐると別天地の雰囲気ホテルも広々として気持ちよい。数日來の低気圧のせいで曇天模様であったが、翌日は雨も降らずまずまずの天気となった。たゞコースは水ふくみでラフに入るとズボンが濡れて気

持ちが悪い。何も用意して行かなかったのでクラブとシューズを借りる。私の組は河村先生(教授格)と早石先生(ライター格)の3名である。新人局員の指導にあたって呉れることとなった。教授のお手本を、ライターは良い見本と悪い見本を適宜示して呉れる。まず私に打てとの指示、思い切って振りおろすと何とボールが一直線に飛んで行った。少し右のラフ辺りだがセーフとの診断であった。ゴルフスクールに通って練習場で打った経験はあるがコースに出たのは初めてである。斜面での打ち方、ラフでの打ち方は知らなかった。それからは何をどうしたのか憶えていない。打てど飛ばず、あたればOB。此のコースは巾が広くOBになりにくい楽なコースとのことだが、私にとっては関係ない。ただボールにあたるかが問題であった。叩くだけ叩き、歩くだけ歩いてこのホール(PAR5)を12で終わった。ちなみに河村教授は5、早石ライターは6であった。ゴルフ程ゲームとしては単純なスポーツはないと思うのだが、クラブが体と一体化しなければどうにもならない。クラブのフェースが思い通りに球をとらえてくれるまでは悩みがなくならないと思える。

河村教授からしばしばアドバイスを頂く。(1)右膝を固定すること、(2)球を凝視すること、(3)振り抜くことの3点であった。単純なことであるが、奥義に近い。一つでも忘れると駄目球となってしまふ。新入局員としては胆に銘じておきたい。だが10本に1本位しか納得の行くショットが出ない。丘を越え林を

くぐり雨にしまったラフに球を探す。河村教授、早石ライターも一緒になって探してくれる。教授曰く「こんなに歩いたのは20年振りや」優しい心に深謝するのみ。ズボンの裾は濡れ、終わり頃にはふくらはぎに軽いこむら

がえりが起こりつ、あった。最後のホール(RPA3)では嬉しいかな4であった。

台湾ではOBを界外という。私にとってはこの世界の外、あの世を意味するように思えた一日であった。



台湾大学医学院にて



ゴルフ場にて



「冷し中華はじめました」の貼紙のある食堂での御一行

第54回オーストラリア整形外科学会総会に

日整会を代表して出席して

(医)立沢整形外科 立 沢 喜 和

昨年9月、思いも寄らず、日本整形外科(JOA)代表として、第54回オーストラリア整形外科(AOA)学会に出席することになりました。そのきっかけは、1968年来の無二の親友Prof. William J. Cumming(ニューサウスウェールズ大学)が、AOA学会の会長に選ばれたからであります。彼は愛称Billと呼ばれ、特に東南アジア各国のトップクラスの整形外科医の中で、その名を知らないものもぐりと云ってもよいでしょう。その人当たりの良さ、医師としての資質の素晴らしさには、彼に会った誰もがほれほれとなります。彼は古くから、インドネシアの整形外科医の教育や病院、リハビリテーションセンターの設立に寄与し、インドネシア政府から勲章をいただいております。日本からの留学生も心から受け入れ、勝見先生(明治鍼灸大学)や高木先生(横浜市大)らが、シドニーで研鑽に励みました。

最近、アジア太平洋地域の整形外科学会の中では、関係のある各国の会長をお互いに招待する習慣があるらしく、Billは昨年4月、桜井会長(東北大)下のJOA学会に招かれ、仙台に来ておりました。その返礼でしょうか、桜井教授にもAOAより招待状が送られて参りましたが、都合により参加することができず、Billと私との関係を知って、私に白羽の矢が立ったと云うわけです。次期会長の黒川教授、理事長の山内教授からの同意書もファックスで送ってこられ、重責を感じました。

AOA学会は1994年9月25日～30日まで、シドニー・ヒルトンホテルを会場として、開催されました。9月24日、新装なった関西空港を家内と共に、アンセット航空で、シドニー

に向け飛び立ちました。アンセットはオーストラリアでは、カンタスに次ぐ第2位の航空会社で、日本では、初めて関空に乗り入れました。クルーのサービスは頗る良く、スチュワーデスは背が高過ぎるのを除けば、皆美人で、日本語や日本の習慣をよく勉強しており、快適な旅でした。いずれ、第1位のカンタスを追い抜くのではないのでしょうか。

わが国でも、第2位のANAがJALより評判が良くなったように。

では、JOAとAOA学会の違いを簡単に記述してみましよう。

- ① AOA学会は、教室単位でなく、会長の家族単位で運営されるという感じです。従って、奥さん、秘書の役割は大変なものです。開会式、終了式では友達、子供達や孫まで出席します。終了式では、奥さんも表彰されるため登壇します。
- ② 学会の期間が長い割に、演題数が少なく、2、3の会場で済ませることができません。また討論時間は充分とっており、各演題につき、7、8名の質問があります。基礎的研究の発表は少なく、殆どは臨床的な直ぐ役に立つものばかりでした。スライドは非常にカラフルで、5行以上の文字の羅列は許されず、結論は簡明に説明されねばなりません。はっきり云って、数年間、日本の学会に出席しなくても、1回AOA学会に出席しただけで、臨床医にとって直ぐに役立つ新しい知識を得られる様な思いをしました。
- ③ その理由は、次の様なその方面の海外からの第一人者の特別講演も手伝っています。R. A. Mann(足の外科)、L. W. Milford(手

の外科)、J.R.Urbaniak(手の外科)、E.Y.S.Chao(基礎研究)、M.Rang(小児外科)、B.Morrey(肩・肘の外科)。

わが国からは故新名教授(防衛医大)と高井講師(京府医大)がguest speakerとして招待されました。

- ④ 学術集会そのものの面白さは当然ですが、social programmeも日本では考えられないほどの楽しさに富んだものです。例えばオペラハウスに於けるオペラ鑑賞(LA TRAVISTAなど)、シドニー湾に於けるクルージング。(アメリカンカップで優勝したヨットに乗ることもできます)。タキシード着用を義務づけられたダンスパーティなど一生忘れ難いものばかりです。ladies programmeとしては、単なる観光ばかりでなく、宝石やアンティークの鑑定、有望な株の見方、投資の方法など実質的なものもあります。
- ⑤ AOAは、近隣諸国から医師をobserverとして招くのみならず、学会自体が予算を立て、フィジー、パプアニューギニア、ミャンマー、ベトナムなどにteaching programmeを組んで、自ら出て行って、手術のデモ、講義、若手医師の試験を行っています。その期間中ベトナムのChau教授(Viet Duc病院)と知り合い、今年の正月休みを利用して、ハノイまで病院見学、リウマチの講義に行ってきました。
- ⑥ 諸先生方はLAND MINEという言葉をご存知でしょうか?メルボルンのDr.Ellisonから世界各国のLAND MINE(地雷)による外傷の発表がありました。カンボジアでは国民の440名のうち一人がone legというこ

とです。沢山の地雷の種類があること、あと50年経っても地雷を取り除くことができないことも分かりました。このような発表を見るとカンボジア、アフガニスタンなど未発展国への整形外科学援助は関節鏡や関節置換術でないことが自ずから分かってきます。訪れたハノイの一流病院でもベットを占めていたのは、外傷と結核や骨髄炎の感染症患者でした。

桜井教授の御推挙のお陰で、会長、Miford、Chao、Errol(インドネシア整形外科会長)御夫妻と共に上座に坐らせていただきました。恥ずかしくも「次回のJOAの会長は、あなたですか?」とよく尋ねられました。Dr.Bauzc(アデレード)、Dr.Hay(パース)とも旧交を暖めることができました。実は、私が20年前のAOA学会(オペラハウスに於いて)オリエントからでは初めて発表が許されたことがあるのです。(JBJS.58B.P261)。その当時、若き新名医師はTayler教授(シドニー大学整形外科)の下で生化学の勉強をしておりました。留学先のお宅で奥様の手料理を御馳走になったことは懐かしい思い出となってしまいました。当時、1A\$=440円、昨年は1A\$=72円、Billは“A\$はcollapseした”と叫んでおりました。オーストラリアでは日本企業の進出が目立ちます。街には日本人カップルの新婚さんがあふれています。キーティング首相はテレビで「もっとアジア太平洋地域における良きパートナーとして、日本に目を向けよ」と演説しておりました。AOAとJOAが、更に親密な関係になることを祈って筆を置きます。

最後に御推挙いただいた桜井教授にお礼申し上げます。



AOA学会のディナーダンスにて

さんちゃんへ

中村整形外科 中村英健

御無沙汰しております。いかがお過ごしでしょうか。旅立ちの日からはやくも二年が過ぎました。雲の上の生活にも慣れられたでしょうか？ 今頃は下界の人間共の金銭や権力に群がる浅ましい姿をカンピールを片手に笑っているのでしょうか。あれ以来、この日本という小さな国でも大震災、オウム事件、銀行の倒産などという、うす気味悪い出来事が続いています。先の大戦の前とよく似ていると言う人もいますが…。

こちらは10月です。鰯雲が流れてゆきます。近くの小学校から運動会の放送が聞こえてきました。金木犀の匂いもします。酒がうまくなる季節になりました。私はしっかり呑んでいます。そちらの酒はいかがですか？もう、肝臓の心配をすることもないので、たらふく呑んでいるんでしょう。呑むほどに、流暢になり、少し気にしていた吃音が消えてゆくのも愉快でした。雲の上ではストレスがなくて、酒が必要ないのかもしれないですね。

それにしても、よく呑みました。手術の後、テニス、ゴルフの時、理由のない酒もずいぶん呑みました。先生との最初の酒は実に苦い酒でした。憶えていますか？ 私が整形外科医になって初めての執刀でした。筋性斜頸の女の児です。先生が前立ちで手術が終わり、ギプスを巻く時に切り残しに気づいてやり直しましたね。その夜の酒が始まりでした。あれからもう25年以上たちます。勤務医から開業医となり、最近手術場に立つ事もほとんどなくなりましたが、今だにあの苦い酒を思い出すことがあります。

ゴルフでも随分むしられました。ヨイヨイ、ゴルフと称したあの独特のフォームが眼に浮

かびます。「お前さんをやっつけるのは、簡単ですよ、外から寄せておいて一寸ブツブツ言ってやれば、瞬間湯沸かし器のアンタは自分で勝手に崩れてくれるんですから。」そのとうりのゴルフを今もやっております。まったく、何をしても進歩がありません、我ながら…。

通信病院の病室で二人だけで呑んだカンピールが、最後の酒になりました。あの時、転移のはっきりわかるレントゲン写真を私に見せながら、「もう、点滴にアルコールをいれろとは言えんな〜」と、淋しそうに呟くとニヤッと笑いました。それは、何度かの入院の間に私達が使った冗談だったのです。あのビールは塩辛くて、鼻の奥がツンとして、窓の外の初夏の景色とは、まるでそぐわない味がしました。

私はいま、はやらない街医者をやりながら毎日呑んでいます。外には出かけなくなりました。もっぱら家で独り酒なので、家人がやかましいのです。もっと働け、もっと稼げと尻を叩かれていますから、しばらくはおめにかかれなとおもいます。でも、必ず逢えるのですから、なるべくゆっくり待っていてください。今度は、本当においしいお酒を呑みたいものです。雲の上の酒はどんな味がするのでしょうか。再開の日を楽しみに…。

平成7年10月

雲の上に住む人
中根 勇平 様

中村 英健 拝

井上哲郎

座長：栗田正憲会員

平成7年度第3回(65回)研修会

平成7年10月21日(土)

於：大林ビル

総合司会：河村理事

- ① 演題：「小児の股関節疾患」ーペルテス病とすべり症を中心にー (N)

講師：九州大学整形外科 講師 佛淵孝夫

座長：丹羽理事

- ② 演題：「スポーツによる軟部組織の外傷と障害」 (N, S)

講師：京都府立医科大学整形外科 教授 平澤泰介

座長：甲斐理事

平成7年度第4回(66回)研修会

平成7年11月18日(土)

於：ワシントンホテル

総合司会：山本理事

- ① 演題：「慢性関節リウマチ 頸椎病変の外科治療」 (N, R)

講師：関西労災病院整形外科 部長 米延策雄

座長：孫理事

- ② 演題：「スポーツによる膝障害について」 (N, S)

講師：神戸大学整形外科 助教授 黒坂昌弘

座長：

- (4) 「(財)整形災害外科学会研究助成財団」について。 (坂本理事)

OCOAで10名の新入会員を希望されている。現在3名の希望があるので、尚7名の入会を勧めて欲しいとの依頼があった。

- (5) OCOA会報第21号の発行について。 (瀬戸理事)

目次(案)に基づいて、執筆者が決定された。

- (6) 大阪府医師会医業周辺業種問題検討プロジェクトについて。 (小杉会長)

三橋理事より選出された、作成中の勤務医向け質問事項及び、OCOA会員向け質問事項については原案通りで結構であるが、何か問題が発生した際に連絡するルートを確立していただくよう要望することになった。

(文責：松矢)

第2回理事会(7年9月30日)

§ 報告事項

- (1) 医業周辺業種問題ー特に柔整師に対する対応に関するアンケートの中間報告。 (三橋理事)

平成7年7月大阪府医師会医業周辺業種問題検討チームとOCOAが柔道整復師についてのアンケート集計の中間報告がなされた。

- (2) 本会金融機関変更の報告。(早石理事)
従来OCOAの取引先銀行は興銀であったが、最近の金融情勢を鑑みて、9/1より、大阪府医師信用組合に変更したとの報告があった。

- (3) 柔整師会と接触の件(但し、個人としての)報告。(丹羽理事・小杉会長)
柔整師とは今後のことを考えて、何らかの交流が必要であろうとの事で、次回理事会後(12月予定)柔整師会の代表と会う予定となった。

- (4) 府医交通事故医療委員会(9/13)の報告。(木佐貫副会長)
全国の自賠責新基準採用状況の報告と、新基準に移行した場合のメリット・デメリットの報告があった。

- (5) JCOA近畿ブロック会議(7/1 奈良)の報告。(木佐貫・長田両副会長)
和歌山における第9回JCOA学会の経過、第23回日本臨床整形外科医会研修会は来秋、大分で開催される等の報告があった。

- (6) JCOA臨時代議員会・総会・各県代表者会議(9/23浜松)の報告。

(長田副会長)

会費値上げ5,000円が決定された。又、O C O Aの会費値上げを行い、合計6,000円のアップが検討中。その値上げの見返りとして、研修会の受講料をO C O Aで負担する案がある、と報告があった。

(7) J C O A研修会(9/23浜松)の報告。

(長田副会長)

①「臨床面から見た骨粗鬆症研究の現状」
浜松医科大学教授 井上哲郎先生

②「先天性上肢異常の治療上の問題点」順
天堂大学教授 山内裕雄先生

の研修講演の報告があった。

(8) 日整会リウマチ委員会(6/27、8/19)報告。

(堀木理事)

特に、日整会認定リウマチ医と日本リウマチ学会認定医の1本化についての報告があった。

イ) 日整会リウマチ委員会として具体的な交渉に入るようになった。

ロ) 日整会認定リウマチ医が日本リウマチ学会認定医の移行は無条件か試験かは、これからの交渉次第。

ハ) 日整会認定リウマチ医の有資格者のみ移行されるので、資格継続の手続きを忘れないこと。

ニ) 資格取得のため、すでに12単位を持っている人は、平成8年8月の研修会を必ず受けること。

(9) 平成7年度大阪府医師会医学会総会への演題提出の件。

(堀木理事)

D M法による骨量測定の見直し(特に左右手における測定値の不一致について)の演題を出すとの報告があった。

(10) 全国整形外科保険審査委員会(9/10)の報告。

(反田理事)

全国整形外科保険審査委員会が9月10日開催されたとの報告があった。

(11) 毎日新聞社の整形外科の日(10/8)のPRの経過についての報告。

(小杉会長)

毎日新聞10月8日号にO C O A会員の

PRのための掲載願いをを行ったが、50人の会員から希望があった。予定より人数が少ないが実行するとの報告があった。

(12) その他

イ) 伊藤先生より、日整会移植委員会が7月13日に開催された。そこで今後名称を「ボーンバンク」に統一したとの報告があった。

ロ) 堀木先生よりO C O A研修会をテープにて録音し、要旨を原稿用紙2~3枚にまとめていただく様にしたかどうかとの意見があった。

§ 審議事項

(1) 研修会受講料の今後の使用方法について。

(早石理事)

問題点が多々あり、今後検討してゆくことになった。

(2) 平成8年2月17日研修会の講師について。

(服部理事)

①「同種骨移植の現況」大阪警察病院整形外科部長 垣内雅明先生

②「人工骨の話」京都大学整形外科教授 中村孝志先生

(3) 来年度研修会の追加申込について。

(小杉会長)

大塚製薬の研修会の申し込みを受け入れることにしたとの報告があった。

(4) O C O A未入会者について。

(長田副会長)

できるだけ未入会者を少なくするためにも、入会者のメリットを考えてゆく必要がある。例えばO C O A主催の研修会の受講料を無料にすること等の意見が出た。

(5) その他

柔整師問題のアンケート調査に引き続いて、鍼灸、カイロについてのアンケート調査を行う必要があり、その時の費用はO C O Aが負担することになった。

(文責：甲斐)

会 員 名 簿 補 追

・会員名簿追加

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 所 自 宅 住 所	T E L	F A X
まえなかみかほみ 前中秀文	前中整形外科 クリニック	〒565 吹田市山田西4-4-26 Fエル高松2F 〒565 豊中市新千里南町3-8 A6-506	06-875-6464 06-835-0259	06-875-6465
かわばたつとむ 川端 力	(医)秀和会 川端 医院	〒577 東大阪市御厨栄町2-13-26 〒586 河内長野市莊園町29-10	06-781-1188 0720-56-3326	06-788-6330
いなげあきひこ 稲毛昭彦	末光・稲毛 クリニック	〒569 高槻市柳川町1-17-10 〒567 茨木市天王2-6 H706	0726-96-2709 0726-24-6648	
ふじもとさとし 藤本 聡	賛 和 会 友愛会病院	〒559 大阪市住之江区浜口東3-6-23 〒552 大阪市港区池島3-5-2-1506	06-672-3121 06-574-9535	
いのせまさみみ 猪瀬正史	猪瀬整形外科 クリニック	〒560 豊中市寺内2-4-1 緑地駅ビル2F 〒565 吹田市千里山西4-39E-808	06-863-1841 06-330-7871	
あおのみつし 青野充志	青野整形外科 クリニック	〒560 豊中市長興寺北3-13-7 〒560 豊中市長興寺北3-13-7	06-849-8088 06-856-4724	06-849-6788
はせがわとしお 長谷川利雄	長谷川整形外科医院	〒547 大阪市平野区长吉出戸5-2-13 〒546 大阪市東住吉区鷹合1-11-19	06-701-5815 06-609-1658	06-700-3120
かめがしらまさき 亀頭正樹	かめがしら外科 クリニック	〒565 吹田市佐井寺4-11-16ラフィーネ千里 〒565 吹田市千里山東2-17 メゾン千里山C602	06-821-5640 06-389-8714	
おぎのひろし 荻野 洋	荻野整形外科	〒573-01 枚方市長尾宮前1-1-5-103 〒560 豊中市東豊中町2-13-1-903	0720-59-3327 06-852-1747	
いしまさほる 石井正治	石井整形外科	〒562 箕面市箕面6-5-7くもんぴあ箕面ビル3F 〒665 兵庫県宝塚市中山台1-5-4	0727-22-0548 0797-89-6499	0727-22-8949
ますだたつし 増田達之	増田整形外科 クリニック	〒580 松原市上田4・4-5 ふあみーゆ松原上田 〒590 堺市香ヶ丘町2-10-11	0723-31-9030 0722-27-1863	0723-31-9048

・注：住所、電話番号等の変更はO C O A事務局までお知らせ下さい。



OCOA 研修会

第67回研修会(平成8年2月17日(土))

会場：ワシントンホテル

- 1) 演題：『同種骨移植の現況』
講師：大阪警察病院整形外科 部長 垣内雅明
- 2) 演題：『人工骨の話』
講師：京都大学整形外科 教授 中村孝志

第68回研修会及びOCOA総会 平成8年4月20日(土)

会場：大正製薬 大阪支店 講堂

演題：「外科診療で遭遇しやすい手の痛み(リウマチを含む)」

講師：大阪医大整形外科 助教授 阿部宗昭

第69回 平成8年6月29日(土)

会場：未定

演題：未定

第70回 平成8年7月27日(土)

会場：帝国ホテル

演題：未定

第71回 平成8年8月31日(土)

会場：ヒルトンホテル

演題：未定

原稿募集

次号(22号)平成8年3月発行予定です。日頃の臨床経験、診察上の工夫、学会研修会印象記・O C O Aに対する意見要望・保険診療・医業経営・医政に関する御意見・随想・趣味等々いづれでも結構です、奮って御投稿下さい。(平成8年1月31日メ切)

(送り先：O C O A事務局)

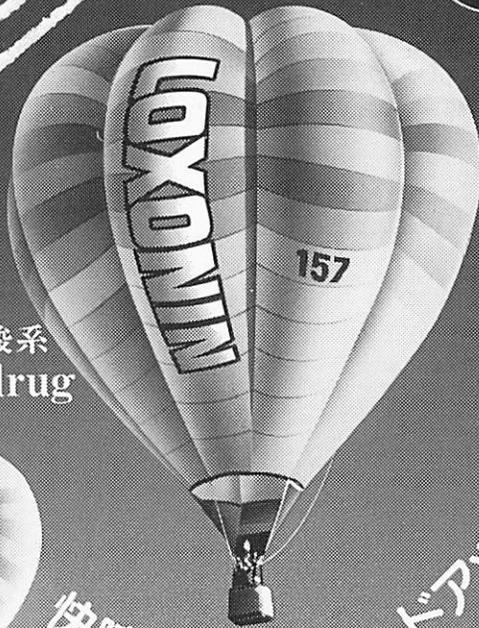
大阪臨床整形外科医会会報 第 21 号

平成7年12月10日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒530 大阪市北区梅田3-1-1
大阪ターミナルビル17階
小杉 整形外科内
T E L (06)347-0012
F A X (06)347-0012
編集者 小杉 豊治・長田 明
大竹 節郎・松矢 治司
丹羽 権平・瀬戸 信夫



フェニルプロピオン酸系
Prodrug



快晴気分へスピードアップ!!

鎮痛・抗炎症剤 **ロキソニン**[®] 錠 細粒

【制】一般名：ロキソプロフェンナトリウム ■健保適用品

効能・効果

- 下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群
- 手術後、外傷後、並びに抜歯後の鎮痛・消炎

【使用上の注意】

1. 一般的注意

(1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく(対症療法)であることに留意すること。(2) 慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、長期投与する場合には定期的な臨床検査(尿検査、血液検査及び肝機能検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。イ、薬物療法以外の療法も考慮すること。(3) 術後又は外傷後に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、炎症、疼痛の程度を考慮し、投与すること。イ、原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。(4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。(5) 感染症を不顕性化しておそれがあるのは、感染による炎症に対して用いる場合は適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。

(6) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。(7) 高齢者には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。

2. 次の患者には投与しないこと

(1) 消化性潰瘍のある患者。(2) 重篤な血液の異常のある患者。(3) 重篤な肝障害のある患者。(4) 重篤な腎障害のある患者。(5) 本剤の成分に過敏症の患者。(6) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。(7) 妊娠末期の婦人。

3. 次の患者には慎重に投与すること

(1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者。(2) 血液の異常又はその既往歴のある患者。(3) 肝障害又はその既往歴のある患者。(4) 腎障害又はその既往歴のある患者。(5) 心機能障害のある患者。(6) 過敏症の既往歴のある患者。(7) 気管支喘息の患者。(8) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

4. 相互作用

(1) 次の医薬品の作用を増強することがあるため、併用する場合にはその医薬品を減量するなど慎重に投与すること。クマリン系抗凝固剤(ワーファリン等)、スルホニル尿素系血糖降下剤(トルブタマイド等)

(2) エノキサシン等のニューキノロン系抗菌剤との併用により、痙攣を起こすおそれがあるため、慎重に投与すること。

5. 副作用

(1) ショック まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(2) 過敏症 ときに発疹、痒痒感、また、まれにじん麻疹等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。(3) 消化器 まれに消化器潰瘍があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。またときに腹痛、胃部不快感、食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胸やけ、消化不良、口内炎等があらわれることがある。(4) 精神神経系 ときにおぼやけ、また、まれに頭痛等があらわれることがある。(5) 血液 まれに貧血、溶血性貧血、白血球減少、血小板減少、また、ときに好酸球増多があらわれることがある。(6) 皮膚 まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(7) 肝臓 ときにGOT、GPT、アルカリフォスファターゼの上昇があらわれることがある。(8) 腎臓 まれに急性腎不全、ネフローゼ症候群等があらわれることがあ

るため、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(9) その他 ときに浮腫、また、まれに心悸亢進があらわれることがある。

6. 高齢者への投与

高齢者では、副作用があらわれやすいので、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること(「一般的注意」の項参照)。

7. 妊婦・授乳婦への投与

(1) 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まると判断される場合にのみ投与すること。(2) 動物実験(ラット)で分娩遅延及び乳汁への移行が報告されているので、妊娠末期及び授乳中には投与しないこと。(3) 妊娠末期のラットに投与した実験で、胎仔の動脈管収縮が報告されている。

8. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。

● 用法・用量は添付文書をご覧ください。



資料請求先
三共株式会社
〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1



一つより二つ

ニバジールは脳循環改善作用を併せもつ Ca拮抗性降圧剤です。

■効能・効果
 本態性高血圧症
 下記疾患に伴う脳血流障害にもとづく精神
 症候(睡眠障害、自覚性低下、情緒障害)
 の改善
 脳梗塞後遺症

■用法・用量
 本態性高血圧症：
 ニルバジピンとして、通常、成人には1回
 2~4mgを1日2回経口投与する。
 脳梗塞後遺症：
 ニルバジピンとして、通常、成人には1回2mg
 を1日2回経口投与する。
 なお、症状に応じて1回4mgまで増量するこ
 とができる。

■使用上の注意*
 1. 一般的注意
 (1)脳梗塞後遺症の場合
 投与期間は、臨床効果(有効性)及び
 副作用の程度を考慮し決定することとし、
 投与8週で効果が認められない場合には
 投与を中止すること。
 (2)カルシウム拮抗剤の投与を急に中止し
 たとき、症状が悪化した症例が報告され
 ているので、本剤の休薬を要する場合は
 徐々に減量し、観察を十分に行うこと。ま
 た、患者に医師の指示なしに服薬を中
 止しないように注意すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)
 (1)頭蓋内出血で止血が完成していないと
 推定される患者[出血を助長するおそれ
 がある]
 (2)脳卒中急性期で頭蓋内圧が亢進して
 いる患者[頭蓋内圧の亢進を増悪する
 おそれがある]
 (3)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
 (「妊婦、授乳婦への投与」の項参照)

3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 (1)肝機能障害のある患者[本剤は主に肝臓で代謝され
 ることから、血中濃度が高くなることがある]
 (2)高齢者(「高齢者への投与」の項参照)
4. 相互作用
 併用に注意すること
 他の降圧剤[相互に作用を増強することがあるので、
 用量を調節するなど注意すること]
**5. 副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、
 副作用なし：5%以上又は頻度不明)**
 (1)肝臓：ときにGOT、GPT、アルカリフォスファターゼの
 上昇等があらわれることがあるので、観察を十分に行
 い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
 (2)循環器：まれに房室ブロックがあらわれることがあ
 るので、このような場合には投与を中止すること。ときに
 動悸、頻脈、また、まれに血圧低下等があらわれることが
 ある。
 (3)精神神経：ときに頭痛・頭重、めまい・ふらつき、立ち

くらみ、また、まれに眠気、不眠、しびれ等があらわれる
 ことがある。
 (4)消化器：ときに食欲不振、腹痛・腹部不快感、悪心・
 嘔吐、また、まれに便秘、下痢、口内炎、口渇、胸やけ等
 があらわれることがある。
 (5)腎臓：まれにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれ
 ることがある。
 (6)過敏症：ときに発疹、痒痒感等があらわれることがある
 ので、このような場合には投与を中止すること。
 (7)その他：ときに顔面潮紅、顔面熱感・はてり、のぼせ、
 浮腫、倦怠感、胸痛・胸部不快感、頻尿、また、まれに
 耳鳴等があらわれることがある。
6. 高齢者への投与
 一般的に高齢者では、過度の降圧は好ましくないとい
 われていることから、高齢者に使用する場合は、低用量から
 投与を開始し、経過を十分に観察しながら慎重に投与
 することが望ましい。
7. 妊婦、授乳婦への投与
 (1)動物実験で妊娠末期に投与すると妊娠期間及び分娩
 時間が延長することが報告されているので、妊婦又は
 妊娠している可能性のある婦人には投与を避けること。
 (2)動物実験で母乳中へ移行することが報告されているの
 で、授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、
 やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること。
8. 小児への投与
 小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。
9. その他
 ラットに53週間経口投与した実験で17mg/kg/日投与で、
 また、イスに53週間経口投与した実験で約1mg/kg/日
 投与で歯肉肥大が認められたとの報告がある。
 ※1995年4月改訂

Ca拮抗性脳循環改善・降圧剤 (ニルバジピン製剤)

ニバジール錠 ^{2mg}/_{4mg} **Nivadir®** Tablets

製造適用品

●取扱以上の注意等につきましては
 製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元
フジサワ
 大阪市中央区道修町3-4-7 千541
 資料請求先：藤沢薬品工業株式会社薬事業部
 作成年月 1995年7月

ホッと、あったか

快い温感刺激で鎮痛・消炎



次の場合には 使用しないこと

- (1)本剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)損傷皮膚及び粘膜
- (3)湿疹又は発疹

効能・効果

下記における鎮痛・消炎

- 捻挫
- 関節痛
- 打撲
- 骨折痛
- 筋肉痛

用法・用量

- 1.表面のプラスチック膜をはがして、患部に貼付する。
- 2.1日1～2回使用する。

使用上の注意

副作用

過敏症：ときに発赤、発疹、腫脹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。

※その他の使用上の注意などは製品添付文書をご参照ください。

鎮痛・消炎温感パップ剤

モム[®]〈ホット〉

健保適用

Mom 〈Hot〉

資料請求先



日本化薬株式会社

東京都千代田区富士見一丁目11番2号



組織活性型鎮痛・抗炎症剤

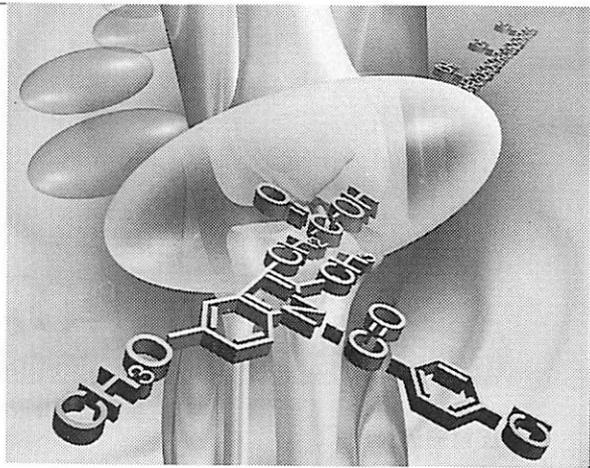
特許要指

インフリー[®]S カプセル 200mg
(薬価基準収載) (インドメタシン フアルネシル製剤)

Inflammation Free

200mgソフトカプセルが
追加になりました。

1回1カプセルに!
(朝・夕食後、1日2回)



使用上の注意

(1) 一般的な注意

1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。 2) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。インドメタシンで過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等の症状が報告されているので、特に高齢者又は消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。 3) 慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア)長期投与する場合には定期的な臨床検査(尿検査、血液検査、肝機能検査及び眼科的検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。イ)薬物療法以外の療法も考慮すること。 4) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。 5) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。 6) 脱衣、あまがけが避けられることであるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等、危険を伴う機械の操作は従事させないように注意すること。

(2) 次の患者には投与しないこと

1) 消化性潰瘍のある患者 2) 重篤な血液の異常のある患者 3) 重篤な肝障害のある患者 4) 重篤な腎障害のある患者 5) 重篤な心機能不全のある患者 6) 重篤な高血圧症の患者 7) 重篤な肺炎の患者 8) 本剤又はインドメタシン、サリチル酸系化合物(アスピリン等)に過敏症の患者 9) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者 10) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 11) ジルニサル、トリアムテレンと併用中の患者(「相互作用」の項参照)

(3) 次の患者には投与しないことを原則とするが、他剤が無効又は使用できない慢性関節リウマチに対して投与する場合には慎重に投与すること

(4) 次の患者には慎重に投与すること

小児(「小児への投与」の項参照)
1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者 2) 血液の異常又はその既往歴のある患者 3) 肝障害又はその既往歴のある患者 4) 腎障害又はその既往歴のある患者 5) 心機能障害のある患者 6) 高血圧症の患者 7) 肺炎の患者 8) 過敏症の既往歴のある患者 9) てんかん、パーキンソン症候群等の中枢神経系疾患のある患者(インドメタシンでこれらの症状を悪化させるおそれがあるとの報告がある) 10) 気管支喘息の患者 11) SLE(全身性エリテマトーデス)の患者 12) 潰瘍性大腸炎の患者 13) クロニン病の患者 14) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

(5) 相互作用

1) ジルニサルと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、重篤な胃腸出血があらわれたとの報告があるので、ジルニサルと本剤を併用しないこと。 2) トリアムテレンと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、相互に副作用が増強されることがある(急性腎不全を起こすことがある)ので、トリアムテレンと本剤との併用は避けること。 3) プロベネシドと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が増強されることがあるので、併用する場合には本剤を減量するなど、慎重に投与すること。 4) アスピリンと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が減少されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。 5) 次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が増強されることがあるので、併用する場合には次の医薬品を減量するなど、慎重に投与すること。ア)リチウム製剤 イ)メトトレキサート ウ)ワルファリン 6) 次の医薬品の作用が減少されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。Ca拮抗剤 また、次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が減少されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。ア)β-遮断剤 イ)カプトプリル、エナラプリル ウ)チアジド系利尿薬(降圧剤) エ)フロセミド

(6) 副作用

1) ショック/まれにショック症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷汗、顔面蒼白、呼吸困難、血圧低下等の症状が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。 2) 消化器/まれに消化性潰瘍、胃腸出血があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。また、ときに胃痛、胃部不快感、胃痛感、腹痛、食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胸やけ、口内炎、胃炎、胃腸症状、また、まれに腹中膨満感、口渇、舌苔、舌炎、口唇炎等があらわれることがある。 3) 血液/まれに貧血、白血球減少、好酸球増多、血小板減少、皮下出血等の血液障害がメタシンで、再生不良性貧血、溶血性貧血等があらわれたとの報告がある。 4) 皮膚/まれにStevens-Johnson症候群(皮膚粘膜眼症候群)、脱毛、また、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、Lyell症候群(中毒性表皮壊死症)があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止する。また、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、まれに呼吸器等の急性呼吸障害、また、ときに発疹、痒疹等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで慢性関節リウマチ患者等に長期連用して、角膜混濁及び網膜障害があらわれたとの報告があるので、定期的な検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には直ちに投与を中止すること。 7) 腎臓/まれに腎障害があらわれることがあるので、適切な検査を行うこと。また、ときにBUNの上昇、また、まれに血中クレアチニンの上昇、尿量減少等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、急性腎不全、ネフローゼ症候群があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。 8) 肝臓/ときにGOT、GPTの上昇、また、まれにALP、LDHの上昇等があらわれることがある。 9) 精神系/ときにめまい、ふらつき、また、まれに頭痛、しびれ感、眩暈等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、痙攣があらわれたとの報告がある。 10) 循環器/まれに動悸、血圧上昇等があらわれることがある。 11) その他/ときに浮腫、また、まれに倦怠感、のぼせ感、頻脈、低体温、発熱があらわれることがある。

(7) 高齢者への投与

高齢者への投与 高齢者では、副作用があらわれやすいので、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

(8) 妊婦・授乳婦への投与

1) 妊娠中の投与に関し次のような報告があるので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。ア)本剤の活性代謝物のインドメタシンで、妊娠末期に投与したところ、胎児循環持続症(PFC)、胎児の動脈管収縮、羊水過少症、新生児腎不全が起きたとの報告がある。イ)本剤の活性代謝物のインドメタシンにおいて、動物実験(マウス)で催奇形作用が、また、本剤ではラットで着床率の減少、死亡吸収胚の出現頻度の増加が報告されている。ウ)妊娠末期のラットに投与した実験で、胎児の動脈管収縮が報告されている。

2) ラットで乳汁への移行が報告されているので、授乳中の婦人には本剤投与中は授乳を避けさせること。

(9) 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。(使用経験がない)

(10) 適用上の注意

1) 本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず通常食摂取後又はミルク等とともに服用させること。 2) 胆汁うっ滞等、胆汁分泌の低下している患者では本剤の吸収が低下すると考えられるので、必ず患者への投与は避けること。 3) 本剤は投与量の増加とともに吸収率が低下するので、1日用量400mgを超えて投与する場合、臨床上的有用性について確認しながら使用すること。

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。



イーザイ株式会社

ヒューマン・ヘルスケア企業

東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先: 医薬事業部インフリー係まで。

E-C, 9703

Hisamitsu



経皮新時代に向って!
Yes, MOHRUS

経皮鎮痛消炎剤

指

モーラス[®]
MOHRUS

ケトプロフェン貼付剤
0.3%

(薬価基準収載)

資料請求先

久光製薬株式会社
〒141 東京都品川区西五反田6-25-8

- モーラスは、ケトプロフェンを主成分とする経皮鎮痛消炎剤です。
- ケトプロフェンはすぐれた鎮痛消炎作用を有し、しかも経皮吸収性にすぐれています。
- すぐれた粘着性・伸縮性を有しているため、関節などの可動部位にも貼付できます。

■効能・効果

下記の疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、
上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛。

■使用上の注意

① 一般的注意

- (1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
- (2) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3) 慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

② 次の患者には使用しないこと

- (1) 本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。

③ 次の患者には慎重に使用すること

気管支喘息のある患者。

④ 副作用

皮膚：ときに発疹、発赤、腫脹、かゆい、痒痒感などが、また、まれに光線過敏症、刺激感、磨爛があらわれることがある。これらの症状が強い場合は使用を中止すること。

*その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

Hisamitsu



優れた伸縮性をもった新テープ剤
しなやか

Soft Fit

【伸縮性】鎮痛・消炎テープ剤

薬価基準収載

ドリース[®]
Doriers[®]

- 特 性
- 使用性：貼りやすく、剥がしやすい。
 - 伸縮性：突っ張り感がない。
 - 使用感：見た目がキレイ。患部がむれない。

効能・効果 下記における鎮痛・消炎
捻挫、打撲、筋肉痛、関節痛、骨折痛

使用上の注意

1. 次の場合には使用しないこと
1) 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 損傷皮膚及び粘膜
3) 湿疹又は発疹
2. 副作用
過敏症：ときに発赤、発疹、腫脹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。
3. 乳幼児への使用
乳幼児には刺激が強すぎることがあるので慎重に使用すること。
4. 適用上の注意
夏季は汗、脂、汚れ等のためにつきにくいことがあるので、患部を清潔にふいてから貼布すること。

※用法・用量、その他の使用上の注意は、添付文書をご覧ください。

資料請求先 久光製薬株式会社
〒141 東京都品川区西五反田6-25-8

広く強く速く

新発売
■薬価基準: 収載

注射用セフェム系抗生物質製剤

(指 要指)

ファーストシン®

静注用0.5g・1g・キットS1g・キットG1g
 (日抗基: 注射用塩酸セフォゾラン)

略号: **CZOP**

禁忌: 次の患者さんには投与しないでください。

1. 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者。
2. 低張性脱水症の患者(5%ブドウ糖注射液添付のキットGのみ)

[電解質を含まない糖液を投与すると脱水が増悪することがある。]

使用上の注意

1. 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。
2. 本剤投与前に感受性の確認が行えなかった場合、本剤投与開始後3日をめやすとして本剤に対する感受性を確認し、本剤投与が適正であるか判断すること。なお、本剤に感受性が認められない場合、速やかに他の薬剤に変更すること。
3. 患者の状態などから判断して、7日以上にわたって本剤を投与する場合には、その理由を常時明確にし、発疹の出現や肝機能異常等の副作用に留意し、漫然とした継続投与は行わないこと。

1. 一般的注意

- (1) ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前に皮膚反応を実施することが望ましい。
- (2) 重症発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行うこと。

2. 禁忌: (次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者。
- (2) 低張性脱水症の患者(5%ブドウ糖注射液添付のキットGのみ) [電解質を含まない糖液を投与すると脱水が増悪することがある。]

3. 原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)。本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者。

4. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- 静注用及びキット共通
- (1) ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者。
 - (2) 本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、蕁麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者。
 - (3) 高度の腎障害のある患者 [本剤は主として腎臓から排泄されるため、高度の腎機能障害(例えばクレアチニンクリアランス値: 30ml/分以下等)のある患者では

高い血中濃度が持続することがある。]

- (4) 高度の肝障害のある患者 [肝障害が悪化することがある。]
- (5) 高齢者 [高齢者への投与の項参照]
- (6) 経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、全身状態の悪い患者。[ビタミンK欠乏症があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。]

5%ブドウ糖注射液添付のキットGのみ

- (1) カリウム欠乏傾向のある患者 [ブドウ糖がカリウムと共に細胞内に取り込まれ、カリウム欠乏傾向を助長することがある。]
- (2) 糖尿病の患者 [静脈内へのブドウ糖の投与により血糖値が急激に上昇する可能性がある。]
- (3) 尿崩症の患者 [電解質を含まない糖液の投与により水分のみが負荷される。]
- (4) 腎不全の患者 [電解質を含まない糖液の投与により水分のみが負荷される。]

生理食塩液添付のキットSのみ

- (1) 心臓、循環器系機能障害のある患者 [ナトリウムの負荷により障害が悪化することがある。]
- (2) 腎障害のある患者 [ナトリウムの貯留を助長することがある。]

5. 相互作用

併用に注意すること

利尿剤(フロセミド等) [類似化合物(他のセフェム系薬剤)で併用による腎障害増強作用が報告されているので、併用する場合には腎機能に注意すること。]

6. 副作用

まれに: 0.1%未満、ときに: 0.1~5%未満、副詞なし: 5%以上または頻度不明

(1) 重大な副作用

- 1) ショック: ショックを起こした例があるので、観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便秘、耳鳴、発汗等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 腎臓: 他のセフェム系抗生物質で、まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることが報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

- 3) 血液: とくに顆粒球減少、また、他のセフェム系抗生物質で溶血性貧血があらわれることが報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 4) 消化器: まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 5) 呼吸器: 他のセフェム系抗生物質でまれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群等があらわれることが報告されているので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
- 6) 中枢神経系: 腎不全の患者に大量投与すると虚寒等を起こすことがある。
- 7) まれにDICがあらわれることがある。

(2) その他の副作用

- 1) 過敏症: 発疹、蕁麻疹、紅斑、痛痒、発熱、リンパ腺腫脹、関節痛等があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 腎臓: とくにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがある。
- 3) 血液: とくに貧血、好酸球増多、血小板減少、血小板減少等があらわれることがある。
- 4) 肝臓: GOT、GPTの上昇。また、ときにALP、LDH、γ-GTP、ビリルビンの上昇等があらわれることがある。
- 5) 消化器: とくに悪心、嘔吐、食欲不振、腹痛、腹部膨満感、下痢等の症状があらわれることがある。
- 6) 菌交代症: まれに口内炎、カンジダ症があらわれることがある。
- 7) ビタミン欠乏症: まれにビタミンK欠乏症状(低プロトロンビン血症、出血傾向等)、ビタミンB群欠乏症状(舌炎、口内炎、食欲不振、神経炎等)があらわれることがある。
- 8) その他: とくに高カリウム血症、血清アミラーゼ上昇があらわれることがある。

■本剤の効能・効果、用法・用量、使用上の注意の詳細および取扱い上の注意等については、添付文書をご覧ください

FIRSTCIN®

製造・発売元 **武田薬品工業株式会社**

代理 **日本レダリー株式会社**

〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

〒104 東京都中央区京橋一丁目10番3号

(1995-B1F-B51-1)

DEPAS®



- 心身症(高血圧症、胃・十二指腸潰瘍)の身体症候ならびに不安・緊張・抑うつ・睡眠障害に
- 腰痛症、頸椎症、筋収縮性頭痛の不安・緊張・抑うつおよび筋緊張に

精神安定剤
 (指) **デパス**® 錠0.5mg・1mg
 (要指) **細粒**
 エチゾラム

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 急性狭隅角緑内障の患者
- 重症筋無力症の患者

*詳細は製品添付文書をご参照ください。

(効能・効果)

- 神経症における不安・緊張・抑うつ・神経衰弱症状・睡眠障害
- うつ病における不安・緊張・睡眠障害
- 心身症(高血圧症、胃・十二指腸潰瘍)における身体症候ならびに不安・緊張・抑うつ・睡眠障害
- 精神分裂病における睡眠障害
- 下記疾患における不安・緊張・抑うつおよび筋緊張
頸椎症、腰痛症、筋収縮性頭痛

(用法・用量)

- 神経症、うつ病の場合
 通常、成人にはエチゾラムとして1日3mgを3回に分けて経口投与する。
 心身症、頸椎症、腰痛症、筋収縮性頭痛の場合
 通常、成人にはエチゾラムとして1日1.5mgを3回に分けて経口投与する。
 睡眠障害に用いる場合
 通常、成人にはエチゾラムとして1日1~3mgを就寝前に1回経口投与する。
 なお、いずれの場合も年齢、症状により適宜増減するが、高齢者には、エチゾラムとして1日1.5mgまでとする。

(使用上の注意)

- (1)一般的な注意
 眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。
- (2)次の患者には投与しないこと
 1)急性狭隅角緑内障の患者
 2)重症筋無力症の患者
- (3)次の患者には慎重に投与すること
 1)心障害、肝障害、腎障害のある患者
 2)脳に器質的障害のある患者(作用が強くなる)
 3)小児
 4)高齢者(「高齢者への投与」の項参照)
 5)衰弱患者
 6)中等度呼吸障害又は重篤な呼吸障害(呼吸不全)のある患者

(4)相互作用

次の医薬品との併用又は飲酒によりその作用が増強されることがあるので、このような場合には投与しないことが望ましいが、やむを得ず投与する場合には慎重に投与すること。
 フェノチアジン誘導体、バルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤、MAO阻害剤

(5)副作用

- 1)依存性 大量連用によりまれに薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、用量を越えないよう慎重に投与すること。また、大量投与又は連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により、まれに痙攣発作、ときにせん妄、振戦、不眠、不安、幻覚、妄想等の禁断症状があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、徐々に減量するなど慎重に行うこと。
- 2)精神神経系 ア、精神分裂病等の精神障害者に投与すると逆に興奮、錯乱等があらわれることがある。
 イ、ときに眠気、ふらつき、めまい、歩行失調、頭痛・頭重、言語障害、また、まれに不眠、眩暈感、興奮、焦躁、振戦、眼症状(霧視、調節障害)があらわれることがある。
- 3)肝臓 とくにGOT、GPTの上昇があらわれることがある。
- 4)呼吸器 まれに呼吸困難感があらわれることがある。
- 5)循環器 まれに動悸、立ちくらみがあらわれることがある。
- 6)消化器 とくに口渇、悪心・嘔気、また、まれに食欲不振、胃・腹部不快感、嘔吐、腹痛、便秘、下痢等があらわれることがある。
- 7)過敏症 とくに発疹、また、まれに蕁麻疹、痒痒感等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。
- 8)骨格筋 とくに倦怠感、脱力感、また、まれに易疲労感、筋弛緩等の筋緊張低下症状があらわれることがある。
- 9)その他 まれに発汗、排尿障害、浮腫、鼻閉があらわれることがある。

* (高齢者への投与) (妊婦・授乳婦への投与) (小児への投与) (その他)詳細は、製品添付文書をご参照ください。(薬価基準収載)



〈資料請求先〉

吉富製薬株式会社

〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号

DP-16 (R5)1994年4月改訂 (G)

FOR THE MRSA INFECTIONS

MRSA感染症に



グリコペプチド系抗生物質製剤
塩酸バンコマイシン
 点滴静注用0.5g
 日抗基 注射用塩酸バンコマイシン

■使用上の注意(一部抜粋)

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

①一般の注意 (1)本剤はメチシリン・セフェム耐性の黄色ブドウ球菌感染症に対してのみ有用性が認められている。ただし、ブドウ球菌性肺炎に対しては非経口的に投与しても有用性は認められない。(2)急速なフシヨット静注又は短時間で点滴静注を行うとヒスタミンが遊離されてred neck(red man)症候群(顔、頸、躯幹部の紅斑性充血、痒痒等)、血圧低下等の副作用が現れることがあるので、60分以上かけて点滴静注すること。(3)投与期間中は血中濃度をモニタリングすることが望ましい。②次の患者には投与しないこと 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 ③次の患者には投与しないことが望ましいがやむを得ず投与する必要がある場合には慎重に投与すること (1)本剤の成分又はペブチド系抗生物質、アミノ糖系抗生物質に対する過敏症の既往歴のある患者 (2)ペブチド系抗生物質、アミノ糖系抗生物質による難聴又はその他の難聴のある患者 ④次の患者には慎重に投与すること (1)腎障害のある患者 (2)肝障害のある患者 (3)高齢者 (4)未熟児、新生児 ⑤相互作用 (1)全身麻酔薬を同時に投与すると、紅斑、ヒスタミン様潮紅、アナフィラキシー反応等の副作用が発現することがあるので、全身麻酔の開始1時間前には本剤の点滴静注を終了すること。(2)ゲンタマイシン等アミノ糖系抗生物質、コリスチン等ポリペプチド系抗生物質、アムホテリジンB、シスプラチン等の腎障害、聴覚障害を起こす可能性のある薬剤との併用を避けること。やむを得ず併用する場合は、副作用を増強するおそれがあるので、慎重に投与すること。⑥副作用 (1)ショック まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。(2)過敏症 発疹、蕁麻疹、痒痒、発赤、顔面紅潮等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止することが望ましいがやむを得ず投与を続ける場合には適切な処置を行うこと。(3)神経系 まれに眩暈、耳鳴、聴力低下等の第8脳神経障害があらわれることがあるので、聴力検査等観察を十分に行うこと。また、このような症状があらわれた場合には投与を中止することが望ましいがやむを得ず投与を続ける場合には慎重に投与すること。(4)肝臓 ビルRubin、GOT、GPT、A1-Pの上昇等があらわれることがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(5)腎臓 まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止することが望ましいがやむを得ず投与を続ける場合には減量するなど慎重に投与すること。

■薬価基準収載 ■「効能・効果」、「用法・用量」、その他の「使用上の注意」については、添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 製品部
 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4
 *94.5.作成B52

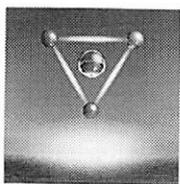
Lilly イーライリリー社 提携



シオノギ製薬
 大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT

均整のとれた強い抗菌力



オキサセフェム系抗生物質製剤
フルマリン
 静注用0.5g, 1g
 日抗基 注射用フロモキサセファトリアム 略号 FMOX

- フルマリンは第三世代セフェム系のグラム陰性菌に対する優れた抗菌力を保持しながら、黄色ブドウ球菌をはじめグラム陽性菌にも強い抗菌力を有する均整のとれた抗生物質である。
- PBP-2を誘導しにくい。
- 副作用は、2.2%に発現し、その主なものはアレルギー症状と胃腸症状であった。

■効能・効果 ブドウ球菌属、レンサ球菌属(腸球菌を除く)、肺炎球菌、ペプトストレプトコッカス属、ブランハメラ・カタラリス、淋菌、大腸菌、クブシエラ属、プロテウス属、インフルエンザ菌、バクテロイデス属のうち本剤感受性菌による下記感染症(敗血症、感染性心内膜炎、外傷・手術創等の表在性二次感染、咽頭炎、扁桃炎、気管支炎、気管支拡張症の感染時、慢性呼吸器疾患の二次感染、腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎、淋菌性尿道炎、胆のう炎、胆管炎、腹膜炎、骨盤臓器炎、ダグラス窩膿瘍、子宮付属器炎、子宮内感染、骨髄死腔炎、子宮旁結合織炎、バルトリン腺炎、中耳炎、副鼻腔炎)

■使用上の注意(一部抜粋)

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

①一般の注意 (1)ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前に皮膚反応を実施することが望ましい。(2)ショック発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行うこと。②次の患者には投与しないこと 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 ③次の患者には投与しないことが特に必要とする場合には慎重に投与すること 本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対する過敏症の既往歴のある患者 ④次の患者には慎重に投与すること (1)ペニシリン系抗生物質に対する過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、蕁麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者 (3)高度の腎障害のある患者 (4)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者 (ビタミン欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと)。⑤相互作用 フロセミド等の利尿剤との併用により腎毒性が増強されるおそれがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。⑥副作用 (1)ショック まれにショック症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便秘、耳鳴、発汗等の症状があらわれた場合には投与を中止すること。⑦過敏症 発疹、蕁麻疹、痒痒、発赤、発熱、顔面紅潮、皮膚感覚異常感等の過敏症状があらわれた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。(3)腎臓 まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。(4)血液 まれに無顆粒球症、また、ときに赤血球減少、好酸球増多、ヘモグロビン減少、ヘマトクリット減少、血小板減少又は増多があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、他のセフェム系薬剤で溶血性貧血があらわれることが報告されている。(5)肝臓 S-GOT上昇、S-GPT上昇が、またまれにアルカリフォスファターゼ上昇、ビリルビン上昇が、またまれにγ-GTP、LAP上昇があらわれることがある。(6)消化器 まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、嘔吐の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。ときに、下痢、軟便、また、まれに悪心、嘔吐、腹部膨満感等があらわれることがある。(7)皮膚 まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(8)呼吸器 まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群等があらわれることがあるのでこのような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

■薬価基準収載 ■「用法・用量」、その他の「使用上の注意」については、添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 製品部 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

*94.4.作成B52



シオノギ製薬
 大阪市中央区道修町3-1-8 〒541